

**WOJEWÓDZKI SZPITAL PSYCHIATRYCZNY W ANDRYCHOWIE
34-120 ANDRYCHÓW, UL. DĄBROWSKIEGO 19**

**FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
przez lekarza specjalistę psychiatrę w komórkach organizacyjnych Szpitala w tym kierowanie
Oddziałem Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych i Poradnią Zdrowia Psychicznego
w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie**

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....
.....

Adres do korespondencji:

.....
.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - o kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP,
 - o kserokopię odpisu z właściwego rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej – dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, spółką jawną lub spółką partnerską jako grupowa praktyka lekarska.
6. Przez „Oferenta”, KTÓREGO OFERTA ZOSTAŁA PRZYJĘTA należy rozumieć „Przyjmującego zamówienie”.

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawkę brutto w polskich złotych.

Za realizację świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę psychiatrę w komórkach organizacyjnych Szpitala w tym kierowanie Oddziałem Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych oraz Poradnią Zdrowia Psychicznego w Wojewódzkim Szpitalu Psychiatrycznym w Andrychowie:

lekarz stawka,
(podać stopień specjalizacji / staż pracy)
(słownie zł)

1. Kryteria: JAKOŚĆ, KOMPLEKSOWOŚĆ, DOSTĘPNOŚĆ, CIĄGŁOŚĆ: zaznaczyć właściwe

Kryterium	Forma w jakiej oferent spełnia kryteria	Sposób potwierdzenia
Jakościowe	Doświadczenie w kierowaniu Oddziałem w Szpitalu Psychiatrycznym TAK/NIE	Oświadczenie oferenta
Kompleksowości	Posiadanie co najmniej 5 lat doświadczenia w pracy w Szpitalu Psychiatrycznym TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta oraz ew. potwierdzenie przez Kierownika Oddziału
Dostępności	Deklaracja realizacji co najmniej 130 godzin udzielania świadczeń w miesiącu TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta
Ciągłości	Udzielania świadczeń będących przedmiotem konkursu przez 24 miesiące poprzedzające złożenie oferty TAK/NIE	Oświadczenie Oferenta

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że :

1. zapoznałem się z treścią:

- a) ogłoszenia,
- b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
- c) projektu umowy (załącznik nr 3 do SWKO),

akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.

2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
- W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

Adres e-mail: _____

i/lub

FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.
5. Lista załączników do Oferty:

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta