

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

FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

przez lekarzy 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 stawki brutto w polskich złotych.

4

A za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji (od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.00 – 14.35, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h. :

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

B. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 14.35 do 7.00 w zł / h.

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

C. za dyżur medyczny w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 – 7.00 następnego dnia w zł / h. :

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

D. za dyżur medyczny w dniach 25, 26 grudnia w pierwszy i drugi dzień Świąt Wielkanocnych w godzinach od 7.00. do 7.00 w zł / h. :

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

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.
- b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)
.....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

- 1. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:00– 14:35 -
- 2. w dni powszednie: w godzinach 7:00 – 14:35 lub od 14:35 do 7:00 lub w weekendy w godzinach od 7.00 – 7.00 następnego dnia –
- 3. w dni powszednie: w godzinach 7:00 – 14:35 lub od 14:35 do 7:00, łącznie z dyżurem medycznym w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.00 – 7.00 następnego dnia –

- d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
 - 1. do czterech dni w tygodniu –

2. pięć dni w tygodniu –
3. co najmniej sześć dni w tygodniu –

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 pieczęćka Oferenta

