

**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.

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 przypadku realizacji świadczeń w oddziałach stacjonarnych, w których udzielane są świadczenia całodobowo w zł / h

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

za realizację świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 7 do 20, w przypadku realizacji świadczeń w oddziałach dziennych, poradni zdrowia psychicznego i Zespole Leczenia Środowiskowego (**NALEŻY WSKAZAĆ MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**), 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 – doświadczenie zawodowe/staż, kwalifikacje, 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. wyłącznie w dni powszednie: w godzinach 7:00– 20:00 -
3. 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 –
4. 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 pieczętka Oferenta