

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

**FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**przez lekarza specjalistę psychiatrę w WOJEWÓDZKIM SZPITALU PSYCHIATRYCZNYM W ANDRYCHOWIE  
w tym kierowanie Oddziałem Psychiatrycznym B**

**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 tym kierowanie Oddziałem Psychiatrycznym B

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

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

**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