

.....  
(pieczęć firmowa oferenta)

**Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń lekarskich  
w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Ortopedycznym Samodzielnego Publicznego  
Zakładu Opieki Zdrowotnej**

Nazwa i siedziba Oferenta	
Imię i nazwisko	
Nr telefonu komórkowego	
Adres korespondencyjny	
NIP	
REGON	

1. Posiadane przez Oferenta kwalifikacje i staż pracy:

- wykształcenie wyższe medyczne\*,
- specjalizacja w dziedzinie .....  
(wskazać stopień i dziedzinę specjalizacji)\*,
- kursy kwalifikacyjne.....
- staż pracy .....  
(wskazać okres pracy i jednostkę medyczną oraz jej profil)\*\*

\* warunek konieczny - właściwe zaznaczyć

2. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach **ordynacji dziennej** w **Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Ortopedycznym** Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach:

- ..... brutto za godzinę realizacji świadczeń zdrowotnych.

3. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w **Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Ortopedycznym** Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach .....brutto za opiekę nad każdym pacjentem ortopedycznym.

4. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach **dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Ortopedycznym** Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach:
- .....**brutto za godzinę** realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii;
5. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach **dyżurów medycznych w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Ortopedycznym** Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Siemiatyczach:
- .....**brutto** jako dodatek do każdej godziny pracy w ramach dyżurów medycznych za udzielanie świadczeń ortopedycznych;
6. Proponowana kwota za udzielanie świadczeń zdrowotnych **w ramach pozostawania w gotowości** poza miejscem świadczenia usług u wynosi .....**brutto za godzinę**.
7. Proponowana **ilość godzin** realizacji świadczeń w **Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Ortopedycznym** w ramach:
- ordynacji dziennej .....godzin miesięcznie
  - dyżurów medycznych ..... godzin miesięcznie.
8. Oświadczam, że:
- a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz z treścią wzoru Umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę zastrzeżeń,
  - b) posiadam uprawnienia niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz dysponuję odpowiednią wiedzą i doświadczeniem a także możliwościami do realizacji przedmiotu zamówienia,
  - c) w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia Umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,
  - d) uważam się za związanego niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert,
  - e) w przypadku realizacji świadczeń przy użyciu aparatów i urządzeń wytwarzających pole elektromagnetyczne zobowiązuję się dostarczyć w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, a w uzasadnionych przypadkach w terminie do 14 dni od daty jej zawarcia kopię aktualnego zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do realizacji świadczeń w powyższym zakresie.
9. Do oferty załączam następujące dokumenty:
- a) kopię dyplomu ukończenia Akademii Medycznej / Uniwersytetu Medycznego,
  - b) kopię prawa wykonywania zawodu,
  - c) kopię dyplomu specjalizacji w dziedzinie .....,
  - d) inne dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje lub doświadczenie zawodowe:  
.....