Załącznik nr 1 do SWKO

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Sprawa nr 04/04/LEKARZ/2025

**I Dane dotyczące Przyjmującego zamówienie:**

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres siedziby praktyki/działalności gospodarczej ………………………………………........................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej

…………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………

NIP………………………………………………………………………………………………

REGON…………………………………………………………………………………………

Numer telefonu………………………………………………………………………………………...

Adres poczty elektronicznej ………………………………………………………………….

Numer prawa wykonywania zawodu …………………………………………………………

Specjalizacja w dziedzinie ……………………………………………………………………

Nr dokumentu specjalizacji……………………………………………………………………

Wykształcenie …………………………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………………………………………………………………………

**II.** W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

1. **……… zł** brutto (słownie: ……………………..…) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych z koordynowaniem,
2. **……… zł** brutto (słownie: ………………………… ) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych bez koordynowania,
3. **………. zł** brutto (słownie: ………………………….) za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii w dni powszednie,
4. **………. zł** brutto (słownie: ………………………….) za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy,
5. **………. zł** brutto (słownie: ……………………………….) dodatek za jedno znieczulenie do zabiegu wszczepienia endoprotezy,
   * 1. Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach normalnej ordynacji……... poza normalną ordynacją …….. realizowanych w okresie trwania umowy: ……
6. **Okres zawarcia umowy**: …............................................................................................

**III**. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia jako **LEKARZ** (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem):

* do 5 lat
* od 5 do 10 lat
* powyżej 10 lat

**IV.** Kwalifikacje zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta

(posiadane specjalizacje):

a) …..……………………………………………………………………………..……

b) ………………………………………………………………………………………

c)………………………………………………………………………………………

**V**. Dokumenty:

Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert do oferty załączam:

a) ………………………………………………………………………………..…………

b) ………………………………………………………………………………………..

c) ………………………………………………………………………………………..

d)…………………………………………………………………………………………

e)…………………………………………………………………………………………

f) ………………………………………………………………………………………..

g)…………………………………………………………………………………………