

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym\* oraz pełnienie funkcji Kierownika Izby Przyjęć/Szpitalnego Oddziału Ratunkowego\*, w lokalizacji Udzielającego Zamówienia tj. ul. Szpitalna 40, 41-250 Czeladź**

**I. Dane Oferenta:**

Nazwa .....

Adres .....

NIP ..... Regon ..... KRS .....

Księga rejestrowa (RPWDL) nr .....

Tel. .... Fax .....

e-mail: ..... www.....

Nr rachunku bankowego .....

**II. Oferta**

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w szczegółowych warunkach konkursu ofert wraz z załącznikami na następujących warunkach:

Opis	Średniomiesięczna ilość godzin ordynackich udzielania świadczeń <sup>1</sup>	Średniomiesięczna ilość dyżurów <sup>2</sup>	Cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego Zamówienia w Izbie Przyjęć/Szpitalnym Oddziale Ratunkowym* w lokalizacji Udzielającego Zamówienia tj. ul. Szpitalna 40, 41-250 Czeladź: w dni powszednie w godzinach ordynackich 08:00-16:00, dyżury medyczne w dni powszednie od godziny 16:00 do godziny 08:00 dnia następnego oraz dyżury w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy 24 h na dobę od godziny 08:00 w takim dniu do godziny 08:00 dnia następnego oraz pełnienie funkcji Kierownika Izby Przyjęć/Szpitalnego Oddziału Ratunkowego*			

\* W przypadku uruchomienia Szpitalnego Oddziału Ratunkowego osoba udzielająca świadczeń zdrowotnych w Izbie Przyjęć oraz pełniąca funkcję Kierownika Izby Przyjęć staje się osobą udzielającą świadczeń zdrowotnych w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym oraz pełniącą funkcję Kierownika Szpitalnego Oddziału Ratunkowego.

<sup>1</sup> Minimalna średniomiesięczna liczba godzin wynosi 120. Oferty niespełniające warunku zostaną odrzucone.

<sup>2</sup> Minimalna średniomiesięczna liczba dyżurów wynosi 5. Oferty niespełniające warunku zostaną odrzucone.



**Dane personelu lekarskiego, który będzie udzielał świadczeń będących przedmiotem konkursu:**

<b>Lp.</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Specjalizacja Kwalifikacje zawodowe</b>	<b>Nr PWZ</b>	<b>PESEL</b>	<b>Podstawa dysponowania osobą (umowa o pracę/ kontrakt/ samozatrudnienie)</b>

*(w przypadku większej liczby lekarzy należy powielić wiersz odpowiednią ilość razy)*

Ponadto oświadczam, że:

- a) zapoznałem/-am się szczegółowo ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert wraz z załącznikami i są one dla mnie zrozumiałe, nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;
- b) uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;
- c) zapoznałem /-am się z treścią wzoru umowy i akceptuję jego treść bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w tym wzorze w miejscu i terminie określonym przez Udzielającego Zamówienia.

.....  
Data i Podpis Oferenta

Załączniki do oferty:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....
11. ....
12. ....

