

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie neurologii w Oddziale Neurologicznym i Poradni Neurologicznej oraz w pozostałych Oddziałach, Izbie Przyjęć i Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w obu lokalizacjach Udzielającego Zamówienia, tj. ul. Szpitalna 40, 41-250 Czeladź i ul. Małachowskiego 12, 42-500 Będzin**

**I. Dane Oferenta:**

Nazwa .....

Adres .....

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

Księga rejestrowa (RPWDL) nr .....

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

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

**II. Oferta**

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

Pakiet	Opis	Średniomiesięczna ilość godzin udzielania świadczeń w Oddziale w godzinach ordynackich*	Średniomiesięczna ilość godzin udzielania świadczeń w Poradni w godzinach ordynackich**	Średniomiesięczna ilość dyżurów***	Cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych
1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego Zamówienia w zakresie neurologii w Oddziale Neurologicznym i Poradni Neurologicznej oraz w pozostałych Oddziałach, Izbie Przyjęć i Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w obu lokalizacjach Udzielającego Zamówienia, tj. ul. Szpitalna 40, 41-250 Czeladź i ul. Małachowskiego 12, 42-500 Będzin: w dni powszednie w godzinach ordynackich 7:25-15:00 w tym w Poradni Neurologicznej, dyżury medyczne w dni powszednie od godziny 15:00 do godziny 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy 24 h na dobę od godziny 7:25 w takim dniu do godziny 7:25 dnia następnego oraz pełnienie funkcji Kierownika Oddziału Neurologicznego				



2	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego Zamówienia w zakresie neurologii w Oddziale Neurologicznym i Poradni Neurologicznej oraz w pozostałych Oddziałach, Izbie Przyjęć i Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w obu lokalizacjach Udzielającego Zamówienia, tj. ul. Szpitalna 40, 41-250 Czeladź i ul. Małachowskiego 12, 42-500 Będzin: w dni powszednie w godzinach ordynackich 7:25-15:00 w tym w Poradni Neurologicznej, dyżury medyczne w dni powszednie od godziny 15:00 do godziny 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy 24 h na dobę od godziny 7:25 w takim dniu do godziny 7:25 dnia następnego oraz pełnienie funkcji Zastępcy Kierownika Oddziału Neurologicznego</p>				
3	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego Zamówienia w zakresie neurologii w Oddziale Neurologicznym i Poradni Neurologicznej oraz w pozostałych Oddziałach, Izbie Przyjęć i Zakładzie Pielęgnacyjno-Opiekuńczym w obu lokalizacjach Udzielającego Zamówienia, tj. ul. Szpitalna 40, 41-250 Czeladź i ul. Małachowskiego 12, 42-500 Będzin: w dni powszednie w godzinach ordynackich 7:25-15:00 w tym w Poradni Neurologicznej, dyżury medyczne w dni powszednie od godziny 15:00 do godziny 7:25 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy 24 h na dobę od godziny 7:25 w takim dniu do godziny 7:25 dnia następnego</p>				

\* Minimalna średniomiesięczna liczba godzin wynosi 130. Oferty niespełniające warunku zostaną odrzucone.

\*\* Minimalna średniomiesięczna liczba godzin wynosi 8. Oferty niespełniające warunku zostaną odrzucone.

\*\*\* Minimalna średniomiesięczna ilość dyżurów wynosi 4. Oferty niespełniające warunku zostaną odrzucone.

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

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


(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. ....

