Załącznik nr 1 do SWKO nr ŚZ/6/2023

**OFERTA**

**na** **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób wewnętrznych w Oddziale Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej, pozostałych Oddziałach, Poradniach, 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** **oraz pełnienie funkcji Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej**

**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:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Opis** | **Średniomiesięczna ilość godzin ordynackich udzielania świadczeń** | **Średnio-miesięczna ilość dyżurów** | **Cena za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Ilość dni przerwy w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przypadająca na 12 miesięcy** |
| Świadczenia zdrowotne w dni powszednie w godzinach ordynackich 8:00-15:35, dyżury medyczne w dni powszednie od godziny 15:35 do godziny 8:00 dnia następnego oraz dyżury w soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy 24 h na dobę od godziny 8:00 w takim dniu do godziny 8:00 dnia następnego oraz pełnienie funkcji Kierownika Oddziału Chorób Wewnętrznych z Pododdziałem Szybkiej Diagnostyki Kardiologicznej \* |  |  |  |  |

\* Minimalna średniomiesięczna liczba godzin ordynackich wynosi 120. Minimalna średniomiesięczna liczba 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:

1. 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;
2. uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;
3. 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. …………………………………………….…………………

…………………………………………..

 Data i Podpis Oferenta