Załącznik nr 1 do SWKO

Wojewódzki Szpital Rehabilitacyjny w Janowicach Wielkich
ul. Sudecka 15, 58-520 Janowice Wielkie

FORMULARZ OFERTOWY: KONKURS NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

przez lekarza

Dane Oferenta	
Oznaczenie Oferenta	
Adres Oferenta	
Adres do korespondencji	
Telefon do kontaktu z Oferentem	
Specjalizacje	
Oferta wykonania świadczeń zdrowotnych w komórce organizacyjnej	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej
Przeciętna ilość godzin w miesiącu	

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
- kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS, wypis z CEIDG, REGON, NIP,
- kserokopię odpisu z właściwego rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą,
4. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie wg wymogów SWKO, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. Przez „Oferenta”, KTÓREGO OFERTA ZOSTAŁA PRZYJĘTA należy rozumieć „Przyjmującego zamówienie”.

Kryterium: CENA
Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

A za realizacje świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji (od poniedziałku do piątku w godzinach od 7:00-14:35, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h. :

stawka, ……..

(słownie zł .....)

B. za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 14:35. do 7:00 oraz weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7:00 – 7:00 następnego dnia w zł / h.

stawka .....

(słownie zł .....)

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam …… letnie doświadczenie zawodowe.
b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe) ……..... .....
c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):
    1. w dni powszednie: w godzinach 7:00 – 14:35, **–….**
    2. w dni powszednie: w godzinach 7:00-14:35 wraz z dyżurem od 14:35 do 7:00 lub w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7:00 – 7:00 następnego dnia…….
d. W zakresie wymiaru dni – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”) od poniedziałku do piątku:
    1. do ……..dni w tygodniu – …….(proszę wskazać deklarowaną ilość dni pracy w tygodniu
    2. pięć dni w tygodniu – …….

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria.

Oświadczam, że :

1. **zapoznałem się z treścią:**
   a) ogłoszenia,
   b) Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO),
   c) projektu umowy (załącznik nr 3 do SWKO),
   akceptuję ich treść i nie wnoszę do ww. dokumentów żadnych zastrzeżeń.
2. w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy, zgodnie z postanowieniami SWKO, w szczególności wzoru umowy, stanowiącego Załącznik nr 3 do SWKO, oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
3. **WYRAŻAM ZGODĘ / ODMAWIAM WYRAŻENIA ZGODY** na prowadzenie, w trakcie postępowania konkursowego, korespondencji drogą poczty elektronicznej lub faksu (dotyczy m.in. wezwania do uzupełnienia ewentualnych braków oferty).
   W przypadku wyrażenia zgody należy podać:

   Adres e-mail: _____
   i/lub
   FAX: _____

4. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.
5. Lista załączników do Oferty:

…….. ……..……

Data Podpis i pieczątka Oferenta