

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 (proszę zaznaczyć znakiem x swój wybór)	Oddział Rehabilitacji Neurologicznej	
	Oddział Rehabilitacji Ogólnoustrojowej	
	Oddział Rehabilitacji Kardiologicznej	
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.
5. Przez „Oferenta”, KTÓREGO OFERTA ZOSTAŁA PRZYJĘTA należy rozumieć „Przyjmującego zamówienie”.

Kryterium: CENA

Poniżej należy wpisać stawki brutto w polskich złotych.

A za realizację 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. dodni 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.

.....

Data

.....

Podpis i pieczęć Oferenta