

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

## OFERTA

W związku z konkursem ofert nr BPR/ŚZ/11/2024 jest udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza systemu w specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego Bieszczadzkiego Pogotowia Ratunkowego SPZOZ w Sanoku w zakresie normalnej ordynacji i/lub w zakresie kontraktowych dyżurów medycznych

### DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Numer prawa wykonywania zawodu	
Specjalizacja	
Informacje dodatkowe (PESEL)	

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć Oferenta lub osoby  
upoważnionej do reprezentowania  
Oferenta

**Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:**

- A. Za udzielanie świadczeń zdrowotnych w charakterze lekarza w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach normalnej ordynacji (od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 – 15.05, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy przypadających w tych dniach) w zł / h. :

Stawka: ..... zł

(słownie zł .....)

**(dyżur medyczny)**

- B. Za dyżur medyczny w dni powszednie od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05. do 7.30 następnego dnia i w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 następnego dnia w zł / h.

Stawka: ..... zł

(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 zobowiązuje się do udzielania świadczeń w następującym **minimalnym zakresie** (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” lub opisanie w punkcie 4):

1. w dni powszednie: w godzinach od 7:30 do 15:05 **co najmniej jeden raz** w każdym tygodniu – .....
2. w dni powszednie: w godzinach od 7:30 do 15:05 **co najmniej dwa razy** w każdym tygodniu – .....
3. w dni powszednie: w godzinach od 7:30 do 15:05 **co najmniej trzy razy** w każdym tygodniu – .....
4. inne (rzadziej niż raz w tygodniu - określić ) .....

d. W zakresie dyżurów medycznych – w związku z realizacją przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do pracy (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):

1. dyżur medyczny w dni powszednie w godzinach od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 dnia następnego **co najmniej jeden raz** w każdym miesiącu – .....
2. dyżur medyczny w dni powszednie w godzinach od 15:05 do 7:30 dnia następnego lub w weekendy i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7.30 – 7.30 dnia następnego **co najmniej dwa razy** w każdym miesiącu – .....



