

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr BPR/ŚZ/3/2025 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 systemu 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)

- 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 jestem lekarzem systemu:

- 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 godzinach normalnej ordynacji 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 –

Zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), dalej „RODO” informujemy, że:

-
- | | |
|------------|---|
| data | |
| | podpis i pieczęć Oferenta lub osoby
upoważnionej do reprezentowania Oferenta |