#### Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych do konkursu nr PCZ/ZPO/3382/01/2020

|  |  |
| --- | --- |
| nazwa podmiotu |  |
| Adres  siedziby |  |
| NIP, REGON |  |
| Telefon i e-mail |  |
| Osoba do reprezentacji |  |

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego udzielającego zamówienia.

W zakresie świadczeń zdrowotnych opisanych w Załączniku nr 1 do Ogłoszenia o konkursie oczekuję kwoty wynagrodzenia obejmującego **całość wykonywanych świadczeń** wynoszących …………………………………zł brutto ( słownie……………).

W zakresie świadczeń komercyjnych oczekuję ……% wartości ceny w/ g cennika za świadczenia u Udzielającego Zamówienie.

Proponowany wykaz personelu wraz z tygodniowym wymiarem czasu pracy poszczególnych grup zawodowych wraz z kwalifikacjami w poszczególnych zakresach świadczeń:

1. Hospitalizacja

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personel Lekarski |  |  |  |  |  |
|  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja/rok rozpoczęcia specjalizacji | inne kwalifikacje | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Neonatologia |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Personel Pielęgniarski |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | specjalizacja | inne kwalifikacje,  kursy kwalifikacyjne | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Pozostały personel |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Wykonywane stanowisko | wymiar czasu pracy tygodniowo |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia realizowane w Poradni Położniczo Ginekologicznej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personel Lekarski |  |  |  |  |  |
|  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja/rok rozpoczęcia specjalizacji | inne kwalifikacje | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Personel Pielęgniarski |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | specjalizacja | inne kwalifikacje,kursy kwalifikacyjne | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. Ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia realizowane w Poradni Neonatologicznej

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personel Lekarski |  |  |  |  |  |
|  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja/rok rozpoczęcia specjalizacji | inne kwalifikacje | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| Personel Pielęgniarski |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | specjalizacja | inne kwalifikacje,kursy kwalifikacyjne | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*

**Oświadczam, że:**

zapoznałem się z treścią ogłoszenia niniejszego konkursu wraz z załącznikami,– akceptuję zawarte w nich warunki i zobowiązuje się do ich przestrzegania podczas procedury konkursowej i w przypadku wyboru oferty

………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*