#### Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych do konkursu nr PCZ/DPO/3382/01/2023

#### Dane oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| 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 oraz środków transportu i łączności udzielającego zamówienia w Oddziale Chirurgii Ogólnej i Onkologicznej, Poradni Chirurgii Ogólnej i Pracowni Endoskopii.

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 miesięczny wymiar godzin poszczególnych grup personelu 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 |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |
|  |  |  |  |  |  |
| **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 Chirurgii Ogólnej**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 Pracowni Endoskopii**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 – akceptuje zawarte w nich warunki i zobowiązuje się do ich przestrzegania podczas procedury konkursowej i w przypadku wyboru oferty

……………………………….………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*