Załącznik nr 1 do SWKO

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Sprawa nr 01/04/LEKARZ/2025

**I Dane dotyczące Przyjmującego zamówienie:**

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Adres siedziby praktyki/działalności gospodarczej ………………………………………........................................................................................

…………………………………………………………………………………………………

Adres do korespondencji ( o ile nie pokrywa się z adresem praktyki/działalności gospodarczej

…………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko…………………………………………………………………………………

PESEL …………………………………………………………………………………………

NIP………………………………………………………………………………………………

REGON…………………………………………………………………………………………

Numer telefonu………………………………………………………………………………………...

Adres poczty elektronicznej ………………………………………………………………….

Numer prawa wykonywania zawodu …………………………………………………………

Specjalizacja w dziedzinie ……………………………………………………………………

Nr dokumentu specjalizacji……………………………………………………………………

Wykształcenie …………………………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………………………………………………………………………

**II.**W odpowiedzi na zaproszenie do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych oferuję wykonywanie świadczeń na poniższych warunkach:

* **……… zł** brutto (słownie: …………………) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie.
* **……… zł** brutto (słownie: …………………) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i inne dni wolne od pracy.
* Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych w ramach normalnej ordynacji …….
* Deklarowana średniomiesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych realizowanych poza normalną ordynacją …….
* **Okres zawarcia umowy**: …............................................................................................

**III**. Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia jako **LEKARZ** (właściwe pole należy zakreślić krzyżykiem):

* do 5 lat
* od 5 do 10 lat
* powyżej 10 lat

**IV.** Kwalifikacje zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta

(posiadane specjalizacje):

a) …..……………………………………………………………………………..………………..

b) ………………………………………………………………………………………………..

c)…………………………………………………………………………………………………

**V**. Dokumenty:

Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert do oferty załączam:

a) ………………………………………………………………………………..…………….……

b) …………………………………………………………………………………………………..

c) …………………………………………………………………………………………………..

d)………………………………………………………………………………………………...

e)…………………………………………………………………………………………………

f) …………………………………………………………………………………………………

g)………………………………………………………………………………………………