

**FORMULARZ OFERTOWY**  
**w otwartym konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

przez.....

w zakresie .....

w Szpital Lipno Sp. z o.o.  
ul. Nieszawska 6, 87-600 Lipno

**I. Dane Oferenta**

1. Pełna nazwa i siedziba Oferenta (adres)

.....

2. Imię i nazwisko Oferenta

.....

3. Adres do korespondencji

.....

4. Nr telefonu kontaktowego ....., adres poczty elektronicznej .....

5. Nr wpisu do właściwego rejestru.....

6. Organ dokonujący wpisu .....

7. Nr REGON .....

8. Nr KRS .....

9. Nr NIP .....

**II. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych:**

.....

**III. Maksymalna liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu, którą Oferent może udzielać**

.....

**Liczba godzin udzielania świadczeń w miesiącu w podstawowym czasie pracy**

.....

**IV. Liczba dyżurów\* w miesiącu, w ramach których Oferent będzie udziela świadczeń:**

- ..... dyżurów w dni powszednie od poniedziałku do piątku (zgodnie z harmonogramem),

- ..... dyżury w soboty, niedziele i święta (zgodnie z harmonogramem).

**V. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia:**

- 1) stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale od poniedziałku do piątku w podstawowym czasie pracy .....
- 2) stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na dyżurze w oddziale od poniedziałku do piątku .....
- 3) stawka brutto w zł za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych na dyżurze w oddziale w soboty, niedziele i święta .....

**VI. Oferent oświadcza, że:**

- 1) stan prawny i faktyczny stwierdzony w ofercie i załączonych do niej dokumentach jest aktualny na dzień składania ofert;
- 2) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert;
- 3) zapoznał się i nie zgłasza zastrzeżeń do „Szczegółowych warunków otwartego konkursu ofert”, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych;
- 4) wykształcenie oferenta:

|                                                                                       |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| lekarz w trakcie specjalizacji z zakresu neurologii                                   |  |
| lekarz specjalista lub posiadający II <sup>o</sup> specjalizacji z zakresu neurologii |  |

\*minimalna liczba dyżurów to 1.

\*\*Przyjmującemu Zamówienie przysługują dni wolne płatne. Liczba dni wolnych płatnych zależy od godzin pracy w podstawowym czasie pracy:

od 60 godzin do 96 godzin – 7 dni

od 97 godzin do 150 godzin – 12 dni

od 151 godzin - 20 dni

data .....

podpis Oferenta.....