# Załącznik nr 1 do SWKO

# **OFERTA KONKURSOWA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. **Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę zastrzeżeń.**
2. **OFERENT:**

Imię i nazwisko : ...........................................................................................................................

Nazwa podmiotu: ...........................................................................................................................

Adres: ............................................................................................................................................

NIP: ...............................................................................................................................................

REGON: ........................................................................................................................................

KRS: ……………………………………………………………………………………………..

Nr prawa wykonywania zawodu………………………………………………………………..

Numer wpisu do Rejestru Praktyk ................................................................................................

1. **Oświadczam, że będę udzielał/a świadczeń/nia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym im. Jana Pawła II w Trzciance dysponując jego wyposażeniem,**
2. **Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.**

[ ] w trakcie specjalizacji

[ ] tytuł specjalisty

[ ] posiadanie więcej niż jednego tytułu specjalisty

[ ] dodatkowe umiejętności (np. ukończone kursy mające znaczenie dla realizacji świadczeń stanowiących przedmiot postępowania)

**V. Zakres świadczeń:**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii w Oddziale Intensywnej Terapii i Anestezjologii, Bloku Operacyjnym z Salą do Cięć Cesarskich, a także   
   w ramach konsultacji w pozostałych oddziałach Szpitala na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego im. Jana Pawła II w Trzciance

**Deklaruję średniomiesięczną liczbę godzin udzielania świadczeń:**

**- świadczenia w ramach dyżurów zaoferowanych przez Oferenta:………………….. godzin/miesiąc**

**- świadczenia w ramach pracy w dni robocze w godzinach dopołudniowych zaoferowanych przez Oferenta:………………………..godzin/miesiąc**

***Dostępność w dni tygodnia:***

***poniedziałek [ ] w godzinach od………… do……………..***

***wtorek [ ] w godzinach od………… do……………..***

***środa [ ] w godzinach od………… do……………..***

***czwartek [ ] w godzinach od………… do……………..***

***piątek [ ] w godzinach od………… do……………..***

***sobota [ ] w godzinach od………… do……………..***

***niedziela [ ] w godzinach od………… do……………..***

1. **Oferta cenowa:**
2. **Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości:**

**Stawka za 1 godzinę ………….. brutto**

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na wezwanie: poniedziałek – piątek w godzinach od 15:00 do 7:30 dnia następnego.

***Stawka za jedno wezwanie …………………………brutto***

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii na wezwanie: soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 7:30 do 7:30 dnia następnego.

***Stawka za jedno wezwanie …………………………brutto***

1. Zabezpieczenie transportu medycznego na podstawie zlecenia starszego lekarza dyżuru.

***Stawka za jedno zlecenie…………………………brutto***

**VII. Czas trwania umowy:** **od 08.09.2025 roku do 30.09.2027 roku**

**VIII. Oferta obejmuje wykonywanie czynności zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 SWKO**

**IX. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.**

**X. Załączniki do niniejszej oferty:**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 4/2025**

…………………………………. ……………………………………..

(miejscowość, data) (podpis Oferenta)