# 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 zakresie chirurgii ogólnej w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej.

**Deklaruję średniotygodniową liczbę godzin udzielania świadczeń:**

* + 1. w trybie stacjonarnym, w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 730 do 1500.

Liczba godzin średniotygodniowo…………………………………

* + 1. w trybie stacjonarnym, w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w celu zapewnienia ciągłości opieki lekarskiej od poniedziałku do piątku w godzinach od 1500 do 730 dnia następnego.

Liczba godzin średniotygodniowo…………………………………

* + 1. w trybie stacjonarnym, w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w celu zapewnienia ciągłości opieki lekarskiej w soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 730 do 730 dnia następnego.

Liczba godzin średniotygodniowo…………………………………

***Dostępność w dni tygodnia:***

***poniedziałek [ ]***

***wtorek [ ]***

***środa [ ]***

***czwartek [ ]***

***piątek [ ]***

***sobota [ ]***

***niedziela [ ]***

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

* + 1. ……. zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w trybie stacjonarnym, w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej,
    2. ………….. zł brutto za wezwanie (pozostawanie w gotowości pod telefonem): poniedziałek-piątek w godzinach od 1500 do 730 dnia następnego,
    3. ………….. zł brutto za wezwanie (pozostawanie w gotowości pod telefonem): soboty, niedziele i dni ustawowo wolne od pracy w godzinach od 730 do 730 dnia następnego,
    4. ………….. zł brutto ryczałt za dojazd na wezwanie od poniedziałku do niedzieli i dni ustawowo wolne od pracy,
    5. ……………… zł brutto zabezpieczenie transportu medycznego na podstawie zlecenia starszego lekarza dyżuru.

**VII. Czas trwania umowy:** **od ……….2025 roku do …………….. 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 5/2025**

…………………………………. ……………………………………..

(miejscowość, data) (podpis Oferenta)