# 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: ........................................................................................................................................

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

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 ortopedii i traumatologii ruchu w Oddziale Chirurgicznym z Pododdziałem Chirurgii Urazowo – Ortopedycznej.

**Deklaruję *dostępność w dni tygodnia:***

 ***poniedziałek [ ] w godz………-………***

***wtorek [ ] w godz………-………***

***środa [ ] w godz………-………***

***czwartek [ ] w godz………-………***

***piątek [ ] w godz………-………***

***sobota [ ] w godz………-………***

***niedziela [ ] w godz………-………***

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

* + 1. …………% wartości wykonanej procedury jako lekarz operator wg wykazu sporządzonego przez kierującego oddziałem i zatwierdzonego przez Dyrektora ds. Medycznych,
		2. …………….% wartości wykonanej procedury jako lekarz asysta wg wykazu sporządzonego przez kierującego oddziałem i zatwierdzonego przez Dyrektora ds. Medycznych.

**VII. Czas trwania umowy:** **od 08.10.2025 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 26/2025**

…………………………………. ……………………………………..

 (miejscowość, data) (podpis Oferenta)