

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Przystępując do konkursu na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w Poradni Chorób Zakaźnych KOD: 2023-POR-ZAK-1 oferuję realizację zamówienia:

wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób zakaźnych zgodnie z bieżącym zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.

Wymagania dla Oferenta:

-lekarz specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych (*kopię dyplomu specjalizacji należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO*)

Dostępność Oferenta (minimalna dostępność: 4 godz./tydzień) Średnia ilość godzin w tygodniu (minimum 4 godziny)
Cena świadczenia realizacja świadczenia zdrowotnego w Poradni Zakaźnej Stawka % <i>Oferowana stawka procentowa udziału w kwocie rozliczenia Udzielającego zamówienia z NFZ (% wartości brutto rozliczenia) z tyt. świadczeń zrealizowanych bezpośrednio przez Przyjmującego zamówienie</i>
Doświadczenie Oferenta (minimalne doświadczenie w w/w zakresie: 4 lata) lat Posiadane doświadczenie (minimum 4 lata)

Oświadczam, że posiadam okres doświadczenia wskazany w formularzu ofertowym.

Składając ofertę, wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia zgodnie z posiadanymi kompetencjami i projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

Wyrażam gotowość do udzielania świadczeń w sposób ciągły, zgodnie z organizacją pracy obowiązującą u Udzielającego zamówienie.

....., dnia

/miejscowość/

.....
/pieczęćka i podpis osoby uprawnionej/