

## FORMULARZ OFERTY

DOT. POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO Nr OP/10/K/2024 OBEJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE NA ZLECENIE  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CHORZOWIE  
W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – PRZEZ LEKARZA  
W ZAKRESIE ODDZIAŁU OBSERWACYJNO-ZAKAŻNEGO, HEPATOLOGII ZAKAŻNEJ I NABITYCH  
NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI KLINICZNY, PRZEZ OKRES 24 MIESIĘCY.

1. Dane Oferenta:

Pełna nazwa Oferenta

.....

.....

Regon ..... NIP ..... PESEL .....

Adres Oferenta:

ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. .... nr .....

kod pocztowy ..... miejscowość .....

Dane kontaktowe:

tel. .... mail: .....

*UWAGA: wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail*

2. Oferowany czas trwania umowy to ..... miesięcy, preferowany to 24 miesiące.
3. Oferuję termin płatności 10 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku).
4. Oferuję sposób realizacji przedmiotu umowy zgodnie z wymaganiami NFZ i potrzebami Szpitala.
5. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard:

.....

.....

.....

.....  
pieczętka i podpis Oferenta

**DOT. POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO OP/10/K/2024 OBEJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE NA ZLECENIE SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W CHORZOWIE  
W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH – PRZEZ LEKARZA  
W ZAKRESIE ODDZIAŁU OBSERWACYJNO-ZAKAŻNEGO, HEPATOLOGII ZAKAŻNEJ I NABYTYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI KLINICZNY,  
PRZEZ OKRES 24 MIESIĘCY.**

<b><u>ODDZIAŁ OBSERWACYJNO-ZAKAŻNY, HEPATOLOGII ZAKAŻNEJ I NABYTYCH NIEDOBORÓW ODPORNOŚCI KLINICZNY</u></b>			
NUMER POZYCJI W PAKIECIE	PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA WYMAGANIA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE, KTÓRE OFERENT BEZWZGLĘDNIE MUSI SPEŁNIĆ	KWALIFIKACJE	OFEROWANA ILOŚĆ GODZIN MIESIĘCZNIE W OKRESIE OBOWIĄZYWANIA UMOWY
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza w zakresie Oddziału Obserwacyjno-Zakaźnego, Hepatologii Zakaźnej i Nabytych Niedoborów Odporności Kliniczny w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie możliwe jest w czasie</p> <p>od poniedziałku do piątku w godzinach rozpoczęcia i zakończenia realizacji świadczeń od 7:00 do 14:35 oraz w soboty, niedziele i święta całodobowo</p> <p>wymagania:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lekarz ze specjalizacją: specjalista w dziedzinie chorób zakaźnych lub w trakcie specjalizacji w dziedzinie chorób zakaźnych</li> </ul>		
			OFEROWANA CENA ZA ZABEZPIECZENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH ZGODNIE Z WYMAGANIAMI NFZ

*Uwaga: W celu uniknięcia wzwrotu do uzupełnienia oferty oraz przedłużania tym czasu trwania postępowania konkursowego proszę wypełnić wszystkie kolumny.*

DATA I PODPIS OFERENTA.....