

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA OFERENTA \_\_\_\_\_

ADRES OFERENTA \_\_\_\_\_

NUMER TELEFONU \_\_\_\_\_

NUMER FAKSU \_\_\_\_\_

ADRES POCZTY (E-MAIL) \_\_\_\_\_

DANE TELEADRESOWE	NR TELEFONU	_____
OSOBY DO KONTAKTU (jeśli taka osoba została wyznaczona)	NR FAKSU	_____
	ADRES E-MAIL	_____

**NR POSTĘPOWANIA 30/2025**

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu leczenia szpitalnego w Oddziale Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i leczenia ambulatoryjnego w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej oraz realizację zadań Lekarza Kierującego Oddziałem Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej – Szpitala Specjalistycznego Duchy Świętego w Sandomierzu, ul. Schinzla 13, 27-600 Sandomierz, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert, oferuję:

Rodzaj	Miesięczna liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie (7 <sup>35</sup> i 16 <sup>25</sup> ), w dni wolne od pracy, niedziele i święta(24 <sup>00</sup> )
Świadczenie usług med. w siedzibie udzielającego zamówienie, od 7 <sup>00</sup> do 14 <sup>35</sup> , od 14 <sup>35</sup> do 7 <sup>00</sup> lub od 7 <sup>00</sup> do 7 <sup>00</sup> – Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej i Poradnia Urazowo-Ortopedyczna	7 <sup>35</sup> - ..... 16 <sup>25</sup> - ..... 24 <sup>00</sup> - .....

- ..... **zł.** za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, oraz za godzinę dyżuru medycznego w dni powszednie, dni wolne od pracy, niedziele i święta.
- ..... **zł.** za godzinę udzielania dodatkowych świadczeń zdrowotnych w zakresie określonym w ust. 1 na zlecenie Udzielającego Zamówienia, wynikające ze szczególnych potrzeb w zakresie zapewnienia niezbędnej opieki nad pacjentami w innym Oddziale Udzielającego Zamówienia,
- ..... **%** wartości wykonanych i zapłaconych przez NFZ procedur określonych w obowiązującej z NFZ umowie za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej.
- ..... **zł.** za godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza siedzibą Udzielającego Zamówienia,
- ..... **zł.** za wykonanie dodatkowych planowych zabiegów wymiany stawu biodrowego wykonywanych poza godzinami świadczenia usług określonych w ust. 1-4,
- ..... **%** za wykonywanie małych i średnich zabiegów ortopedycznych w dni robocze po godz. 14:35 wykonywanych poza godzinami świadczenia usług określonych w ust. 1-4

.....  
data i podpis oferenta