

## Oferta

Dane oferenta

Nazwa i siedziba zakładu lub imię i nazwisko

.....  
.....  
.....

Adres i nr telefonu - **należy wypełnić obowiązkowo**

.....  
.....

Numer wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich / Pielęgniarskich /  
Położnych :

.....

Nr NIP .....

Nr REGON .....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalach  
Tczewskich Spółce Akcyjnej w Tczewie przy ul. 30 Stycznia 57/58 w zakresie:

.....  
.....  
.....

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej,  
aparatury i sprzętu medycznego oraz środków łączności Udzielającego Zamówienie  
lub aparatury i sprzętu medycznego oraz warunków lokalowych posiadanych przeze  
mnie niżej wymienionych (zależnie od rodzaju udzielanego świadczenia  
medycznego).

.....

Przedstawiam imienny wykaz i kwalifikacje zawodowe osób zatrudnionych przeze  
mnie, które będą udzielały określonych świadczeń zdrowotnych:

.....  
.....

Za realizację zamówienia oczekuję należności według poniższej kalkulacji:

- stawka za jedną godzinę świadczenia usług ..... zł brutto
- stawka za jeden punkt rozliczeniowy ..... zł brutto
- stawka za osobodzień na 1 pacjenta ..... zł brutto
- stawka za jednego pacjenta leczonego miesięcznie ..... zł brutto

**lekarz w Hospicjum Domowym i Stacjonarnym, oddziale rehabilitacyjnym i Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym** -

miesięcznie wynagrodzenie ryczałtowe za pacę w Hospicjum Domowym i Stacjonarnym, oddziale rehabilitacyjnym i Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym  
.....zł brutto

**lekarz okulista**

- stawka za 1 konsultację szpitalną .....zł brutto  
- stawka za 1 konsultację medycyny pracy .....zł brutto

**lekarz psychiatra**

- stawka za 1 konsultację szpitalną .....zł brutto

**logopeda**

- miesięcznie wynagrodzenie ryczałtowe za prowadzenie poradni logopedycznej  
.....zł brutto

- stawka za 1 konsultację diagnostyczną .....zł brutto  
- stawka za 1 konsultację terapeutyczną .....zł brutto

Oferent oświadcza, że:

1. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń medycznych w zakresie objętym przedmiotem konkursu, które potwierdza stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.
2. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłasza żadnych zastrzeżeń.

Data i podpis oferenta

.....

Załączniki\* - kserokopie:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. Dyplom ukończenia uczelni / uczelni medycznej / szkoły policealnej / szkoły średniej / liceum medycznego
3. Prawo wykonywania zawodu oferenta
4. Dokumenty potwierdzające uzyskane specjalizacje w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych ofertą
5. Aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej
6. Zaświadczenie z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń medycznych w zakresie objętym konkursem
8. Inne dokumenty (kserokopie) potwierdzające wymagania wymienione w punkcie IV szczegółowych warunków konkursu.

.....  
\* niepotrzebne skreślić

