

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 jedną konsultację szpitalną | zł brutto |
| - stawka za osobodzień na 1 pacjenta | zł brutto |
| - stawka za jednego pacjenta leczonego miesięcznie | zł brutto |

lekarz w OA i IT

- znieczulenie do zabiegu chirurgii ręki - zł
- znieczulenie do zabiegu artroskopii kolana - zł
- znieczulenie do zabiegu artroskopii barku - zł

lekarz w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym w Gniewie (świadczenie usług na wezwanie)

- stawka za jedno wezwanie - zł

lekarz w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym w Gniewie

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (24 godziny tygodniowo) - ,- zł

lekarz wykonujący badania w zakresie diagnostyki histopatologicznej i biopsyjnej oraz sekcji zwłok

- za jedno badanie histopatologiczne -- zł
- za jedno badanie histopatologiczne sekcyjne - -zł
- za jedno badanie śród operacyjne -zł
- za biopsję aspiracyjną cienko igłową-zł
- za biopsję aspiracyjną grubo igłową-zł
- za sekcję zwłok,- zł
- dodatkowe barwienie histochemiczne lub immunohistochemiczne,- zł
- cytologia ginekologicznazł

położna oddziałowa w oddziale ginekologiczno – położniczym oraz pielęgniarka oddziałowa w oddziale chirurgicznym

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług od poniedziałku do piątku w godzinach od 6.30 do 16.30 - zł
- stawka za 1 godzinę świadczenia usług na dyżurach :zł

lekarz w Ośrodku rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego

- stawka za jeden dzień konsultacjizł

logopeda

- * za 1 konsultację diagnostyczną -,- zł
- * za 1 konsultację terapeutyczną -,- zł

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 uzyskanie 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