

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:

1. lekarz specjalista w dziedzinie kardiologii, wykonywanie zadań zastępcy
ordynatora oddziału chorób wewnętrznych - świadczenie usług od poniedziałku
do piątku 8.00-15.00

- **wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług - zł**

- **stawka za 1 godzinę dyżuru zł**

- **stawka za 1 badanie Holter EKG zł**

2. lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych oraz lekarz, który zakończył
okres odbywania specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych
- świadczenie usług w oddziale chorób wewnętrznych
- świadczenie usług od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

- **wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług - zł**

- **stawka za 1 godzinę dyżuru zł**

3. lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych (oferta dla 4 lekarzy) –
pełnienie dyżurów lekarskich w oddziale chorób wewnętrznych
- stawka za 1 godzinę dyżuruzł

4. lekarza specjalista w zakresie chorób wewnętrznych – wykonywanie badań
z zakresu USG w oddziale chorób wewnętrznych
- stawka za 1 badanie USG.....zł

5. lekarz w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym w Gniewie
**- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (8 godzin
tygodniowo) - zł**

6. lekarz w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym w Gniewie
**- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (16 godzin
tygodniowo) - zł**

7. pielęgniarka w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii
- stawka za 1 godzinę świadczenia usług.....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 medycznej
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