

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

.....

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:

ordynator w oddziale chorób wewnętrznych

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług od 8.00 do 15.00, - zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego, - zł

lekarz w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług od 8.00 do 14.00, - zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru medycznego, - zł

lekarz w izbie przyjęć szpitala

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług, - zł
- miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe za pełnienie funkcji koordynatora, - zł

lekarz w Zespołach Ratownictwa Medycznego

-stawka za 1 godzinę świadczenia usług,- zł

lekarz w poradni endokrynologicznej

-stawka za 1 punkt rozliczeniowy,- zł

lekarz w Domowej Opiece Długoterminowej

stawka za osobodzień na 1 pacjenta,- zł

koordynator Zespołów Ratownictwa Medycznego

-stawka za 1 godzinę świadczenia usług,- zł

- miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe za pełnienie funkcji koordynatora,-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 / średniej szkoły medycznej
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 Rzeczpospolitej 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