

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:

lekarz radiodiagnostyk

- za wykonywanie badań diagnostycznych z zakresu USG jamy brzusznej, narządów
położonych powierzchownie, tarczycy, mózgowia i stawów dla pacjentów leczonych
w Szpitalu przy ul. 30 Stycznia 57/58 na oddziałach: chirurgicznym, anestezjologii
i intensywnej terapii, pediatrycznym, noworodkowym i ginekologiczno – położniczym
– w ilości 360 badań

- **wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości, - zł brutto**

- USG jamy brzusznej, narządów położonych powierzchownie, mózgowia
i stawów

- **stawka za jedno badanie....., - zł brutto**

- USG tętnic szyjnych, tętnic lub żył jednej kończyny, tętnic nerkowych

- stawka za jedno badanie.....,- zł brutto

- BAC pod kontrolą USG

- stawka za jedno badanie.....,- zł brutto

- w wypadku nagłych wezwań do oddziałów szpitalnych po godzinach świadczenia usług

- stawka za jedno badanie.....,- zł brutto

lekarz w Zespołach Ratownictwa Medycznego

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług,- 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 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