

## 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:

- stawka za jedną godzinę świadczenia usług ..... zł brutto
- stawka za jeden punkt rozliczeniowy ..... zł brutto
- stawka za jedną konsultację szpitalną ..... zł brutto

### lekarz w OA i IT

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

**lekarz w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym w Gniewie**

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (8 godzin tygodniowo)

..... ,- zł brutto

**lekarz w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym w Gniewie**

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (18 godzin tygodniowo)

..... ,- zł brutto

**lekarz wykonujący badania w zakresie diagnostyki histopatologicznej i biopsyjnej oraz sekcję 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 ginekologiczna .....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

