

## 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:

### **lekarz w oddziale pediatrycznym i neonatologicznym**

\* za wykonywanie zadań ordynatora w oddziale pediatrycznym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00

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

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług w oddziale pediatrycznym i neonatologicznym .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru „pod telefonem” .....zł

\* za wykonywanie zadań lekarza w oddziale pediatrycznym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00 oraz zastępowanie ordynatora w czasie jego nieobecności  
- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru „pod telefonem” ..... zł

\* za wykonywanie zadań lekarza w oddziale pediatrycznym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00

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

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru „pod telefonem” .....zł

- stawka za jeden wyjazd karetką asekuracyjną .....zł

### **lekarz w oddziale ginekologiczno - położniczym**

\* za wykonywanie zadań ordynatora w oddziale ginekologiczno – położniczym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00

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

- dodatek kwotowy za koordynowanie pracą lekarzy specjalizujących się w oddziale .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

\* za wykonywanie zadań lekarza w oddziale ginekologiczno – położniczym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00 oraz zastępowanie ordynatora w czasie jego nieobecności

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

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

\* za wykonywanie zadań lekarza w oddziale ginekologiczno – położniczym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00

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

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

\* za wykonywanie zadań lekarza w oddziale ginekologiczno - położniczym, pełnienie dyżurów lekarskich - dyżury w soboty, niedziele, święta od godz.8.00 do godz. 8.00 oraz dyżurów w dni robocze od godz.14.00 do godz. 8.00

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

### **lekarz w oddziale chirurgicznym**

\* za wykonywanie zadań ordynatora w oddziale chirurgicznym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....

\* za wykonywanie zadań kierownika bloku operacyjnego od poniedziałku do piątku 8.00-14.00 oraz zastępowanie ordynatora oddziału chirurgicznego w czasie jego nieobecności

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....

\* za wykonywanie zadań lekarza specjalisty w oddziale chirurgicznym od poniedziałku do piątku 8.00-14.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....

\* za wykonywanie zadań lekarza specjalisty w oddziale chirurgicznym przez 4 dni w tygodniu (poniedziałek, wtorek, środa, piątek) 8.00-14.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....

### **lekarz w przychodni podstawowej opieki zdrowotnej**

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług .....

### **lekarz w oddziale rehabilitacyjnym i poradni rehabilitacyjnej**

\* za wykonywanie zadań ordynatora w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....

- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej .....

\* za wykonywanie zadań lekarza w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku 8.00-15.00 oraz zastępującego ordynatora w czasie jego nieobecności

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....

- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej .....

\* za wykonywanie zadań lekarza: w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

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

- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

\* za wykonywanie zadań lekarza: w oddziale rehabilitacyjnym oraz w Ośrodku rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

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

- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

**lekarz w poradni chirurgicznej**

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy .....zł

**lekarz w poradni diabetologicznej**

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy .....zł

**lekarz w poradni ginekologiczno – położniczej i poradni patologii ciąży**

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy .....zł

**lekarza w poradni onkologicznej oraz udzielanie konsultacji onkologicznych**

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy .....zł

- stawka za 1 konsultację szpitalną .....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