

Oferta

Dane oferenta

Nazwa i siedziba zakładu lub imię i nazwisko

.....
.....
.....

Adres

.....
.....
.....

Numer wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich / Pielęgniarskich,
Położnych

.....

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

.....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalach
Tczewskich Spółce Akcyjnej (dawniej Tczewskim Centrum Zdrowia Spółką
z ograniczoną odpowiedzialnością), prowadzącą Niepubliczny Zakład Opieki
Zdrowotnej pod nazwą Szpital Powiatowy 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 1 godzinę świadczenia usług.....zł

Stawka za osobodzień świadczenia usług w Domowej Opiece Długoterminowej
.....zł

Stawka za udzielenie 1 konsultacji szpitalnej.....zł

Stawka za udzielenie 1 konsultacji medycyny pracyzł

Stawka za 1 punkt rozliczeniowyzł

Wynagrodzenie ryczałtowe specjalisty w dziedzinie fizjoterapii w dziale rehabilitacyjnym za jeden miesiąc świadczenia usług tj. 20 godzin tygodniowo.....zł

Wynagrodzenie ryczałtowe specjalisty w dziedzinie fizjoterapii w dziale rehabilitacyjnym za jeden miesiąc świadczenia usług tj. 40 godzin tygodniowo.....zł

Stawka za jednego pacjenta leczonego miesięcznie w Domowej Opiece Długoterminowej.....zł

Wynagrodzenie ryczałtowe psychologa w hospicjum domowym za jeden miesiąc świadczenia usług tj. 40 godzin tygodniowozł

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 indywidualnych praktyk lekarskich, pielęgniarskich położnych
2. Dyplom ukończenia uczelni medycznej /szkoły średniej
3. Prawo wykonywania zawodu oferenta lub osób wykonujących usługi
4. Dokumenty potwierdzające uzyskane specjalizacje w zakresie świadczeń zdrowotnych objętych ofertą
5. Polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej
6. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
7. Decyzja o sprawie nadania numeru NIP
8. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
9. Aktualne zaświadczenie lekarskie
10. Inne dokumenty – wymagane w warunkach konkursu ofert

.....
.....
.....

* niepotrzebne skreślić

