

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

.....

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

lekarza w oddziale chirurgicznym

- wykonywanie zabiegów tętnicznych dla celów stacji dializ

- stawka za jeden zabieg.....zł

lekarz w Oddziale Pomocy Doraźnej - karetka „S”

* specjalista w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, lub pediatrii.

stawka za 1 godzinę świadczenia usług w soboty niedziele i świętazł

stawka za 1 godzinę świadczenia usług w dni robocze.....zł

koordynator zespołów wyjazdowych karetek systemu

stawka za 1 godzinę świadczenia usług.....zł

miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe za pełnienie funkcji koordynatora.....zł

technik fizjoterapii

stawka za 1 godzinę świadczenia usług w o/ rehabilitacyjnymzł

stawka za jednego pacjenta leczonego miesięcznie.....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 indywidualnych praktyk lekarskich, pielęgniarskich położnych
2. Dyplom ukończenia uczelni medycznej /szkoły średniej
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 o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
7. Decyzja o sprawie nadania numeru NIP
8. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
9. Aktualne zaświadczenie lekarskie o stanie zdrowia
10. Inne dokumenty – wymagane w warunkach konkursu ofert

.....
.....

- niepotrzebne skreślić

