

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

.....

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

.....

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalach Tczewskich Spółce Akcyjnej, 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:

ordynator w oddziale neonatologicznym

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług od poniedziałku do piątku od 8.00 do 14.00 -,- zł

- za 1 godzinę dyżuru,- zł

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług w Poradni

Neonatologicznej,- zł minus koszty diagnostyki

lekarz w oddziale chirurgicznym

- stawka za jedną godzinę dyżuruzł

ratownik medyczny - kierowca / dyspozytor medyczny w OPD

ratownik medyczny - kierowca w Oddziale Pomocy Doraźnej

stawka za 1 godzinę świadczenia usług,- zł

dyspozytor medyczny w Oddziale Pomocy Doraźnej

stawka za 1 godzinę świadczenia usług.....,- 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
2. Dyplom ukończenia uczelni medycznej / szkoły policealnej
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