

Załącznik Nr I
do Szczegółowych Warunków Konkursu

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

.....

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

.....

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:

ordynator w oddziale chorób wewnętrznych - świadczenie usług od poniedziałku do piątku 8.00 -15.00 oraz pełnienie czterech dyżurów zwykłych 17 godzinnych i dwóch dyżurów świątecznych 24 godzinnych (w wolne dni od pracy)

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usługzł

oraz w sytuacji, gdy nie będzie możliwe wykonanie ilości dyżurów wynagrodzenie będzie pomniejszone o następujące kwoty:

- za dyżur lekarski zwykłyzł

- za dyżur lekarski świątecznyzł

oraz w sytuacji, gdy niezbędne będzie pełnienie dyżurów w większej liczbie niż wyżej

- za dyżur lekarski zwykłyzł

- za dyżur lekarski świątecznyzł

lekarz w oddziale chorób wewnętrznych – świadczenie usług od poniedziałku do piątku 8.00-15.00 oraz pełnienie czterech dyżurów zwykłych 17 godzinnych i dwóch dyżurów świątecznych 24 godzinnych (w wolne dni od pracy) , wykonanie 85 badań echa serca oraz **zastępowanie ordynatora w czasie jego nieobecności**

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usługzł

oraz w sytuacji, gdy nie będzie możliwe wykonanie ilości dyżurów i badań echa serca wynagrodzenie będzie pomniejszone o następujące kwoty:

- za dyżur lekarski zwykły zł

- za dyżur lekarski świątecznyzł

- za badanie - echo sercazł

oraz w sytuacji, gdy niezbędne będzie pełnienie dyżurów i wykonanie badań echa serca w większej liczbie niż wyżej wykazano:

- za dyżur lekarski zwykły zł

- za dyżur lekarski świątecznyzł

- za badanie - echo sercazł

lekarz w oddziale chorób wewnętrznych, wykonywanie zadań zastępcy ordynatora oddziału w sali intensywnego nadzoru kardiologicznego

od poniedziałku do piątku 8.00 -15.00 oraz pełnienie dyżurów lekarskich - dyżury w soboty, niedziele, święta od godz. 8.00 do godz. 8.00 oraz dyżurów w dni robocze od godz.15.00 do godz.8.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług zł

oraz stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego zł

lekarz specjalista w zakresie chorób wewnętrznych w oddziale chorób wewnętrznych - świadczenie usług od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

oraz pełnienie dyżurów lekarskich - dyżury w soboty, niedziele, święta od godz. 8.00 do godz. 8.00 oraz dyżurów w dni robocze od godz.15.00 do godz.8.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług- zł

oraz za 1 godzinę dyżuru lekarskiego zł

lub

- wynagrodzenie za 1 godzinę świadczenia usług od poniedziałku do piątku 8.00-15.00zł
 oraz za 1 godzinę dyżuru lekarskiegozł

lekarz w trakcie specjalizacji w zakresie chorób wewnętrznych w oddziale chorób wewnętrznych - świadczenie usług od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług zł

lekarza specjalista w zakresie chorób wewnętrznych w oddziale chorób wewnętrznych - pełnienie dyżurów lekarskich - dyżury w soboty, niedziele, święta od godz. 8.00 do godz. 8.00 oraz dyżurów w dni robocze od godz.15.00 do godz.8.00

- stawka za 1 godzinę świadczenia usługzł

lekarz w nocnej i świątecznej opiece chorych

lekarz specjalista lub lekarz posiadający I stopień specjalizacji

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług zł

lekarz w trakcie specjalizacji lub nie posiadający specjalizacji

- stawka za 1 godzinę świadczenia usługzł

lekarz w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii

stawka za 1 godzinę świadczenia usług- zł

lekarz w Zespołach Ratownictwa Medycznego

stawka za 1 godzinę świadczenia usług zł

wynagrodzenie ryczałtowe miesięczne za pełnienie funkcji koordynatorazł

lekarz w poradni endokrynologicznej

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

lekarz udzielający w trybie pilnym konsultacji psychiatrycznych

- stawka za 1 konsultację psychiatryczną udzieloną w trybie pilnym zł

lekarz w Domowej Opiece Długoterminowej

stawka za osobodzień na 1 pacjentazł

pielęgniarka w nocnej i świątecznej opiece chorych –

stawka za pracę w dniach od poniedziałku do piątku zł

stawka za pracę w soboty, niedziele i świętazł

pielęgniarka w Poradni Medycyny Pracy

stawka za jedną godzinę świadczenia usług zł

fizjoterapeuta w Domowej Opiece Długoterminowej

stawka za jednego pacjenta leczonego miesięcznie.....zł

fizjoterapeuta w zakresie rehabilitacji stacjonarnej, ambulatoryjnej i dziennej oraz w Domowej Opiece Długoterminowej

stawka za jedną godzinę świadczenia usługzł

stawka za jednego pacjenta leczonego miesięcznie.....zł

pielęgniarka w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii

- stawka za jedną godzinę świadczenia usług - zł

Ofereant 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
2. Dyplom ukończenia uczelni medycznej / średniej szkoły 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 o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
7. Decyzja o sprawie nadania numeru NIP
8. Zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
9. Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń medycznych w zakresie objętym konkursem
10. Inne dokumenty – wymagane w warunkach konkursu ofert

.....
.....

- niepotrzebne skreślić