

Załącznik Nr 1
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 odpowiedniej ewidencji (KRS, EDG)

.....

Numer Księgi Rejestrowej

.....

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

Przedstawiam imienny wykaz osób świadczących na moją rzecz usługi, które będą udzielały określonych świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu:

- pełnienie dyżurów przez lekarza (w trakcie specjalizacji) w oddziale chirurgicznym :

.....

- pełnienie dyżurów przez lekarza (w trakcie specjalizacji) w oddziale pediatrycznym

.....

- pełnienie dyżurów przez lekarza (w trakcie specjalizacji) w oddz. rehabilitacyjnym

.....

- pełnienie dyżurów przez lekarza (w trakcie specjalizacji) w oddz. chorób wew.

.....

- świadczenie usług przez lekarza (w trakcie specjalizacji) w nocnej i świątecznej opiece chorych

.....

Za realizację zamówienia oczekuję należności według poniższej kalkulacji:

1. lekarz (w trakcie specjalizacji) w oddziale chirurgicznym , w oddziale pediatrycznym , w oddziale rehabilitacyjnym , 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. 15.35 do godz. 8.00

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług,-zł

2. lekarz (w trakcie specjalizacji) w nocnej i świątecznej opiece chorych

lekarz w trakcie specjalizacji z chirurgii ogólnej , rehabilitacji medycznej , chorób wewnętrznych:

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług,- zł

lekarz w trakcie specjalizacji z pediatrii:

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług,- zł

Oferent oświadcza, że:

1. Dysponuje personelem medycznym, który posiada odpowiednie uprawnienia i niezbędne 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. Aktualny odpis wpisu do odpowiedniej ewidencji (KRS, EDG)
2. Aktualny odpis księgi rejestrowej
3. Aktualna polisa ubezpieczeniowa od odpowiedzialności cywilnej
4. Inne dokumenty (kserokopie) potwierdzające wymagania wymienione w punkcie IV szczegółowych warunków konkursu.