

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 :

.....

Nr NIP

Nr REGON

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:

- | | |
|--|-----------------|
| - stawka za jedną godzinę świadczenia usług | zł brutto |
| - stawka za jeden punkt rozliczeniowy | zł brutto |
| - stawka za jedną konsultację | zł brutto |
| - stawka za osobodzień na 1 pacjenta | zł brutto |
| - stawka za jednego pacjenta leczonego miesięcznie | zł brutto |
| - stawka za 1 wyjazd karetką asekuracyjną | zł brutto |

lekarz w poradni otolaryngologicznej :

- stawka za 1 punkt rozliczeniowyzł brutto
- stawka za 1 konsultację szpitalnązł brutto
- stawka za 1 konsultację med. pracyzł brutto
- stawka za 1 badanie – audiogramzł brutto

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 podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. Dyplom ukończenia uczelni / uczelni medycznej / szkoły policealnej / szkoły średniej / liceum medycznego
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 z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej Rzeczypospolitej Polskiej
7. Aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania świadczeń medycznych w zakresie objętym konkursem
8. Inne dokumenty (kserokopie) potwierdzające wymagania wymienione w punkcie IV szczegółowych warunków konkursu.

.....
.....

- niepotrzebne skreślić