

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 jednego pacjenta leczonego miesięcznie | zł brutto |
| - stawka miesięczna za udzielanie konsultacji psychologicznych pacjentom hospicjum domowego | zł brutto |

- stawka miesięczna za świadczenie usług fizjoterapeuty
w Zakładzie Opiekuńczo Leczniczym (18 godzin tygodniowo) zł brutto

lekarz w pracowni w RTG :

– lekarz opisujący badania RTG oraz mammografie

- opis 1 badania RTG (grafia) zł brutto

- opis 1 badania RTG (skopia) zł brutto

- opis 1 badania mammografii w ramach programu profilaktycznego simp zł brutto

- opis 1 badania mammografii poza programem profilaktycznym simp zł brutto

– lekarz opisujący badania RTG

- opis 1 badania RTG (grafia) zł brutto

- opis 1 badania RTG (skopia) zł 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 uzyskanie specjalizacji 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