

## 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 :

.....

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:

### **1A) lekarz w poradni urologicznej**

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

stawka za 1 konsultację szpitalną ....., - zł

### **1B) lekarz w poradni kardiologicznej**

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

## **2 A) lekarz w oddziale pediatrycznym**

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (od poniedziałku do piątku od 8.00 do 14.00 ) ..... - zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru ..... - zł
- stawka za 1 wyjazd karetką asekuracyjną ..... - zł

## **2 B) lekarz w oddziale neonatologicznym**

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (od poniedziałku do piątku od 8.00 do 14.00 ) ..... - zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru ..... - zł
- stawka za 1 wyjazd karetką asekuracyjną ..... - zł

## **3. lekarz w oddziale anestezjologii i intensywnej terapii**

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług od poniedziałku do piątku 8.00-14.00 ..... - zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru ..... - zł
- stawkę za 1 godzinę dyżuru (obsada jednoosobowa) ..... - zł

## **4. lekarz w nocnej i świątecznej opiece chorych (oferta dla 10 lekarzy)**

- a) dyżur w dni powszednie w godzinach od 18.00 do 8.00 następnego dnia ( dyżur zwykły) - stawka za 1 godzinę dyżuru ..... - zł
- b) dyżur w soboty, niedziele i święta - całodobowo tj. od godz. 8.00 - do godz. 8.00 następnego dnia ( dyżur świąteczny) - stawka za 1 godzinę dyżuru ..... - zł

## **5. lekarza w karetce asekuracyjnej (oferta dla 10 lekarzy)**

- stawka za jedną godzinę dyżuru pod telefonem ..... - zł
- stawka za jedną godzinę wyjazdu karetką asekuracyjną ..... - 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 podmiotów wykonujących działalność leczniczą
2. Dyplom ukończenia uczelni 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 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. Aktualne zaświadczenie dot. okresowego szkolenia w zakresie BHP
9. Inne dokumenty (kserokopie) potwierdzające wymagania wymienione w punkcie IV szczegółowych warunków konkursu.

.....  
\* niepotrzebne skreślić