

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:

1. koordynator Zespołów Ratownictwa Medycznego

* stawka za 1 godzinę świadczenia usług zł

* wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług
- pełnienie funkcji koordynatora ratownictwa medycznego zł

2. lekarz w Zespołach Ratownictwa Medycznego (oferta dla 15 lekarzy)

- lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyna ratunkowa albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne

* stawka za 1 godzinę świadczenia usług zł

- lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii albo lekarz po drugim roku specjalizacji w tej dziedzinie, który kontynuuje szkolenie specjalizacyjne
lub

- lekarz posiadający specjalizację lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, kardiologii, , chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej , ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii, pediatrii

* stawka za 1 godzinę świadczenia usług zł

3. wykonywanie przez lekarza badań diagnostycznych z zakresu USG

- USG jamy brzusznej, narządów położonych powierzchownie, mózgowia i stawówzł za jedno badanie

- USG tętnic szyjnych, tętnic lub żył jednej kończyny, tętnic nerkowych zł za jedno badanie

- BAC pod kontrolą USG zł za jedno badanie

- w wypadku nagłych wezwań do oddziałów szpitalnych po godzinach świadczenia usługzł za jedno badanie

4. lekarz w poradni alergologicznej

stawka za 1 punkt rozliczeniowyzł

stawka za 1 konsultację szpitalnązł

stawka za 1 poradę alergologiczną z testami wykonaną dla POLMEDUzł

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. Oświadczenie - dotyczy oferenta, który w dniu składania oferty świadczy usługi dla Udzielającego zamówienie w zakresie objętym konkursem (załącznik nr II do Szczegółowych Warunków Konkursu)
10. Inne dokumenty (kserokopie) potwierdzające wymagania wymienione w punkcie IV szczegółowych warunków konkursu.

.....
* niepotrzebne skreślić