

## 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-go 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. lekarz w poradni gastroenterologicznej**

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

### **2. lekarz wykonujący badania z zakresu endoskopii**

stawka za 1 kolonoskopię .....zł

stawka za 1 gstroskopię .....zł

stawka za 1 rektoskopię .....zł

Endoskopia z zabiegiem polipktomii, tamowaniem krwawienia, z gastrostomią PEG, z opaskowaniem żyłaków przełyku, z usuwaniem ciała obcego

za 1 badanie ..... zł

### **3. ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii**

**świadczenie usług od poniedziałku do piątku 8.00-14.00 :**

**\* wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (pełnienie funkcji ordynatora)** .....,- zł  
\*stawka za 1 godzinę świadczenia usług w 4-osobowej obsadzie .....,- zł  
\*stawka za 1 godzinę świadczenia usług w 3-osobowej obsadzie .....,- zł

stawka za 1 godzinę dyżuru w 1-osobowej obsadzie .....,- zł

stawka za 1 godzinę dyżuru w 2-osobowej obsadzie .....,- zł

dyżur pod telefonem bez wynagrodzenia

stawka za 1 godzinę dyżuru w przypadku wezwania „pod telefonem” .....,- zł

stawka za 1 badanie w poradni anestezjologicznej .....,- zł

### **4. z-ca ordynatora oddziału anestezjologii i intensywnej terapii**

**świadczenie usług od poniedziałku do piątku 8.00-14.00 :**

**\* wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług (pełnienie funkcji z-cy ordynatora)** .....,- zł  
\*stawka za 1 godzinę świadczenia usług w 4-osobowej obsadzie .....,- zł  
\*stawka za 1 godzinę świadczenia usług w 3-osobowej obsadzie .....,- zł

stawka za 1 godzinę dyżuru w 1-osobowej obsadzie .....,- zł

stawka za 1 godzinę dyżuru w 2-osobowej obsadzie .....,- zł

dyżur pod telefonem bez wynagrodzenia

stawka za 1 godzinę dyżuru w przypadku wezwania „pod telefonem” .....,- zł

stawka za 1 badanie w poradni anestezjologicznej .....,- 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. 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