

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. lekarz w poradni chirurgicznej

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy,- zł

2. lekarz w poradni diabetologicznej

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy,- zł

3. lekarz w poradni ginekologiczno - położniczej i poradni patologii ciąży

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy,- zł

4. lekarza w poradni neurologicznej oraz udzielanie konsultacji neurologicznych

- stawka za 1 punkt rozliczeniowy,- zł
- stawka za 1 konsultację szpitalną,- zł
- stawka za 1 konsultację medycyny pracy,- zł

5. lekarz w oddziale rehabilitacyjnym i poradni rehabilitacyjnej:

5A ordynator w oddziale rehabilitacyjnym

* wykonywanie zadań ordynatora w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług,- zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru,- zł
- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej,- zł

5B lekarz w oddziale rehabilitacyjnym oraz zastępowanie ordynatora oddziału rehabilitacyjnego w czasie jego nieobecności

* wykonywanie zadań lekarza w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku 8.00-15.00 oraz zastępowanie ordynatora w czasie jego nieobecności

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług,- zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru,- zł
- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej,- zł

5C lekarz w oddziale rehabilitacyjnym (oferta dla 2 lekarzy)

* wykonywanie zadań lekarza: w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług,- zł
- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej,- zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru,- zł

5D lekarz w oddziale rehabilitacyjnym oraz w ośrodku rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego

* wykonywanie zadań lekarza: w oddziale rehabilitacyjnym oraz w Ośrodku rehabilitacji dziennej dla dzieci z zaburzeniami wieku rozwojowego od poniedziałku do piątku 8.00-15.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług,- zł
- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej,- zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru,- zł

5E lekarz neurolog w oddziale rehabilitacyjnym

* wykonywanie zadań neurologa – od poniedziałku do piątku 8.00-15.00 (4 godziny dziennie)

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług,- zł
- stawka za 1 godzinę dyżuru,- 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