

## 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) ordynator oddziału anestezjologii i intensywnej terapii

- wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe za wykonywanie czynności ordynatora  
..... zł brutto

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług od poniedziałku piątku od 8.00 do 14.00  
..... zł brutto

- stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego ..... zł brutto

- stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego w obsadzie jednoosobowej.....zł brutto

- wynagrodzenie za badanie 1 pacjenta w poradni anestezyjologicznej.....zł brutto
- wynagrodzenie ryczałtowe za przewóz pacjenta oddziału anestezyjologii i intensywnej terapii karetką asekuracyjną do innego podmiotu.....zł brutto
- wynagrodzenie ryczałtowe za przewóz pacjenta oddziału pediatrycznego karetką asekuracyjną do innego podmiotu.....zł brutto

## **2) lekarz w oddziale anestezyjologii i intensywnej terapii**

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług od poniedziałku piątku od 8.00 do 14.00  
.....zł brutto
- stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego od poniedziałku do czwartku  
.....zł brutto
- stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego od piątku do niedzieli i w święta  
.....zł brutto
- stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego w obsadzie jednoosobowej..... zł brutto
- wynagrodzenie za badanie 1 pacjenta w poradni anestezyjologicznej.....zł brutto
- wynagrodzenie ryczałtowe za przewóz pacjenta oddziału anestezyjologii i intensywnej terapii karetką asekuracyjną do innego podmiotu.....zł brutto
- wynagrodzenie ryczałtowe za przewóz pacjenta oddziału pediatrycznego karetką asekuracyjną do innego podmiotu.....zł brutto

## **3) lekarz w poradni endokrynologicznej**

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

## **4) lekarz w karetce asekuracyjnej (oferta dla 3 lekarzy)**

- stawka za 1 godzinę wyjazdu karetką .....zł brutto
- stawka za 1 godzinę pozostawiania „w gotowości” .....zł brutto

## **5) lekarz w poradni pediatrycznej (oferta dla 6 lekarzy)**

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług .....zł brutto

## **6) lekarz w domowej opiece długoterminowej**

### wynagrodzenie za pacjentów z miejscowości Kępice, Słupsk, Sierakowice, Wiklina:

.....- zł brutto za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną na 1 pacjenta

.....- zł brutto za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

.....,- zł brutto za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

.....,- zł brutto za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie od 8 do 16 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

.....,- zł brutto za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie poniżej 8 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

wynagrodzenie za pacjentów pozostałych:

.....,- zł za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą inwazyjną na 1 pacjenta

.....,- zł za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną w przypadku świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

.....,- zł za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

.....,- zł za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie od 8 do 16 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

.....,- zł za osobodzień dla pacjentów wentylowanych mechanicznie poniżej 8 godzin na dobę metodą nieinwazyjną z wyłączeniem świadczeniobiorców z przewlekłą niewydolnością oddechową na podłożu chorób nerwowo-mięśniowych na 1 pacjenta

**7) lekarz w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym w Gniewie**

- wynagrodzenie ryczałtowe za 1 miesiąc świadczenia usług (42 godziny tygodniowo)

brutto

..... 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 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. 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