

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 14.00zł brutto
- stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego od poniedziałku do czwartkuzł brutto
- stawka za 1 godzinę dyżuru lekarskiego od piątku do niedzieli i w świętazł 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 rozliczeniowyzł brutto

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

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

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

- stawka za 1 godzinę świadczenia usługzł brutto

6) lekarz w domowej opiece długoterminowej

wynagrodzenie za pacjentów z miejscowości Kępice, Korzybie, Skarszów Górny, Wiklino

.....,- 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 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