

## 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 oddziale rehabilitacyjnym:

### **1 A ordynator w oddziale rehabilitacyjnym**

\* wykonywanie czynności ordynatora w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku w godz. 8.00 -14.00 (przez 4 dni w tygodniu: poniedziałek, wtorek, środa, piątek)

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....

- dodatkowe wynagrodzenie miesięczne za świadczenie usług w oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej

.....zł

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

\* wykonywanie czynności lekarza w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-14.00 oraz zastępowanie ordynatora w czasie jego nieobecności

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

- dodatkowe wynagrodzenie miesięczne za świadczenie usług w oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej

.....zł

**1 C lekarz w oddziale rehabilitacyjnym**

\* wykonywanie czynności lekarza w oddziale rehabilitacyjnym od poniedziałku do piątku w godz. 8.00-14.00

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....zł

- stawka za 1 godzinę dyżuru .....zł

- dodatkowe wynagrodzenie miesięczne za świadczenie usług w oddziale dziennym rehabilitacji ogólnoustrojowej

.....zł

**2. lekarz:**

**2A w poradni rehabilitacyjnej**

- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej .....zł

**2B w poradni rehabilitacyjnej i fizjoterapii domowej**

- stawka za 1 poradę w poradni rehabilitacyjnej .....zł

- stawka za jednorazowe podanie leku „toksyna botulinowa” .....zł

- wizyta kontrolna (bez podania leku „toksyna botulinowa”) .....zł

fizjoterapia domowa:

- stawka za 1 poradę lekarską rehabilitacyjną w warunkach domowych .....zł

**3. lekarz neurolog w oddziale rehabilitacyjnym**

\* wykonywanie zadań neurologa – od poniedziałku do piątku 8.00-14.00 (4 godziny dziennie)

- wynagrodzenie ryczałtowe za jeden miesiąc świadczenia usług .....zł

#### **4. lekarza urolog**

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

#### **5. lekarz w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym w Tczewie**

- wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe za ilość 34 godzin tygodniowo .....zł

#### **6. lekarz w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym w Gniewie**

- wynagrodzenie miesięczne ryczałtowe za ilość 42 godzin tygodniowo .....zł

#### **7. fizjoterapeuta w Zakładzie Opiekuńczo - Lecznicznym w Gniewie i domowej opiece długoterminowej**

- stawka za 1 godzinę świadczenia usług rehabilitacyjnych w Zakładzie Opiekuńczo Lecznicznym w Gniewie .....zł
- stawka za 1 godzinę świadczenia usług rehabilitacyjnych w ramach umowy „Fizjoterapia domowa” .....zł

\* świadczenia udzielane w długoterminowej opiece domowej:

- stawka za 1 pacjenta miesięcznie ..... zł

#### **8. lekarz w Domowej Opiece Długoterminowej**

Wynagrodzenie za świadczenie usług lekarza dla pacjentów wentylowanych mechanicznie:

..... 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.

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

.....  
\* niepotrzebne skreślić