

## OFERTA\*

## o udzielanie świadczeń zdrowotnych

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych w:

1. Oddziale ..... z poradnią/ poradniami  
 .....  
 2. Szpitalnym Oddziale Ratunkowym  
 3. Bloku Operacyjnym  
 4. Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej  
 5. Specjalistycznym zespole ratownictwa medycznego.  
 6. Podstawowych zespołach ratownictwa medycznego  
 7. Pracowni Hemodynamicznej  
 8. Pracowni Elektrofizjologii  
 9. Zakładzie Diagnostyki Obrazowej  
 10. Zakładzie Patomorfologii  
 11. Poradni Reumatologicznej  
 12. Poradni Zdrowia Psychicznego  
 13. Poradni Chorób Płuc i Gruźlicy  
 14. Poradni Kardiologicznej dla Dzieci, usg serca na rzecz innych oddziałów oraz konsultacje.  
 15. Poradni Endokrynologicznej, usg oraz konsultacje szpitalne  
 16. Poradni Endokrynologiczno – Ginekologicznej  
 17. Poradni Diabetologicznej  
 18. Pracowni Endoskopowej  
 19. W zakresie wykonywania i opisów EEG dla dzieci, oraz konsultacje neurologiczne dla dzieci  
 20. W zakresie wykonywania i opisów badania USG przezciężniaczkowego u noworodków.  
 21. Pracowni EEG  
 22. W zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych w Pododdziale Medycyny Hospicyjnej, Hospicjum Domowym, oddziałach szpitalnych  
 23. W zakresie okulistyki – leczenia zachowawczego i operacyjnego chorób oczu.

**Dane adresowe**

Imię i nazwisko (nazwa podmiotu leczniczego).....

Adres .....

Telefon ..... e-mail:.....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP.....

REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

**LEKARZ**

1. Oddział z poradnią (propozycja cenowa (np. stawka za godzinę udzielania świadczeń (gotowości do udzielania świadczeń), stawka za punkt w poradni, % stawki za procedurę zabiegową itp.)

1. ....

2. ....

3. ....

4. ....

5. ....

## 2. Pracownia Hemodynamiczna

.....zł/godz. lekarz specjalista udzielanie świadczeń w normalnej ordynacji lekarskiej  
zabiegi w normalnej ordynacji lekarskiej

..... za wykonanie badania diagnostycznego (koronarografia)

..... za zabieg terapeutyczny (PTCA i inne)

..... za zabieg terapeutyczny (PTCA i inne) z osobą szkoloną

.....zł/godz. lekarz specjalista udzielanie świadczeń poza normalną ordynacją lekarską

..... zł/godz. gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych

..... zł/godz. za czas po przybyciu na wezwanie w miejscu udzielania świadczeń

## 3. Wykonywanie EEG dla dzieci wraz opisem, konsultacje neurologiczne :

..... zł/wykonanie EEG

..... zł/ za konsultację

## 4. Wykonywanie i opis badania USG przezciężciowego u noworodków:

..... zł/badanie

## 5. Pracownia:.....

..... zł/godz.

..... zł/ badanie

## 6. Poradnia:.....

..... zł/godz.

..... zł/pkt

## 7. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

.....zł/godz. lekarz

## 8. Specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego

..... zł/godz. lekarz

## 9. Zakład Diagnostyki Obrazowej

a) .....- zł/godz. świadczeń poza normalną ordynacją z wykonaniem badań

b) za wykonanie z opisem badań w innym czasie niż poza normalną ordynacją;

.....

.....

.....

## 10. Zakład Patomorfologii

..... wynagrodzenie miesięczne

## PIELĘGNIARKA

1. Nocna i świąteczna opieka zdrowotna

..... zł/godz. pielęgniarka

2. Specjalistyczny i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego

..... zł/godz. pielęgniarka systemu

3. Szpitalny Oddział Ratunkowy

..... zł/godz. pielęgniarka systemu

4. Blok Operacyjny

..... zł/godz. pielęgniarka

5. Pracownia Hemodynamiczna

..... zł/godz. udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji

..... zł/godz. – poza normalną ordynacją gotowość pod telefonem do udzielania świadczeń

..... zł/godz. - za czas po przybyciu na wezwanie w miejscu udzielania świadczeń

**RATOWNIK MEDYCZNY**

1. Specjalistyczny i podstawowe zespoły ratownictwa medycznego

..... zł/godz. ratownik medyczny

2. Szpitalny Oddział Ratunkowy

..... zł/godz. ratownik medyczny

**TECHNIK RTG**

1. Pracownie Zakładu Diagnostyki Obrazowej

..... zł/ godz.

2. Pracownia Hemodynamiczna

..... zł/godz. udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji

..... zł/godz. – poza normalną ordynacją gotowość pod telefonem do udzielania świadczeń

..... zł/godz. za czas po przybyciu na wezwanie w miejscu udzielania świadczeń

**PSYCHOLOG**

..... zł/godz.

..... zł/pkt

**PSYCHOTERAPEUTA**

..... zł/pkt

**FIZJOTERAPEUTA**

.....zł/godz.

**TECHNIK EEG**

.....zł/godz.

**Oświadczenia**

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz wzorem umowy.
2. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie łącznie ze stażem podyplomowym wynosi :.....lat.
3. Oświadczam, że w ramach prowadzonej działalności, świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS.

4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej na okres obowiązywania umowy.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

Ciechanów dnia .....

.....

(podpis)

- *(przedmiot którego dotyczy oferta należy podkreślić)*