

O F E R T A*
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
 15. Poradni Medycyny Pracy
 16. Poradni Logopedycznej
 17. Poradni Kardiologicznej dla Dzieci, usg serca na rzecz innych oddziałów oraz konsultacje.
 18. Poradni Endokrynologicznej, usg oraz konsultacje szpitalne
 19. Poradni Endokrynologiczno – Ginekologicznej
 20. Pracowni Endoskopowej
 21. W zakresie wykonywania i opisów EEG dla dzieci, oraz konsultacje neurologiczne dla dzieci
 22. W zakresie wykonywania i opisów badania USG przeziemiączkowego u noworodków.
 23. Pracowni EEG
 24. Pracowni EMG
 25. Pracowni USG - biopsje
 26. W zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych w Pododdziale Medycyny Paliatywnej, Hospicjum Domowym, oddziałach szpitalnych
 27. 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.

6. **Oddział** wybrane procedury wykonywane w oddziale/ pracowni (np. stawka za godzinę, % wykonanej procedury wyrażonej w punktach)

Ceny za punkt:

Hospitalizacje w ramach ryczałtu – 1,65 zł/pkt

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - PAKIET

ONKOLOGICZNY – 1,52 zł/pkt

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA - HOSPITALIZACJA II POZIOM REFERENCYJNY - ŚWIADCZENIA

DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM – 1,52 zł/pkt

CHIRURGIA DZIECIĘCA – HOSPITALIZACJA – 1,63 zł/pkt

OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY – 1,52 zł/pkt

OTORYNOLARYNGOLOGIA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA

ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM – 1,52 zł/pkt

ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA

ENDOPROTEZOPLASTYKI STAWU BIODROWEGO LUB KOLANOWEGO (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ) – 1,33 zł/pkt

ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE

OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ) – 1,63 zł/pkt

ORTOPEDIA I TRAUMATOLOGIA NARZĄDU RUCHU - HOSPITALIZACJA - ZABIEGI

ENDOPROTEZOPLASTYKI POZA STAWEM BIODROWYM I KOLANOWYM - ŚWIADCZENIA UDZIELANE

OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ) – 1,31 zł/pkt

CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18.

ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ) – 1,62 zł/pkt

CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY – 1,52 zł/pkt

CHIRURGIA OGÓLNA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA

ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM – 1,52 zł/pkt

UROLOGIA - HOSPITALIZACJA-ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ) – 1,62 zł/pkt

UROLOGIA - HOSPITALIZACJA - PAKIET ONKOLOGICZNY – 1,51 zł/pkt

UROLOGIA - HOSPITALIZACJA - ŚWIADCZENIA DIAGNOSTYKI I LECZENIA ONKOLOGICZNEGO - POZA PAKIETEM ONKOLOGICZNYM – 1,51 zł/pkt

OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - B16, B16G, B17, B17G – 1,65 zł/pkt

OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - B11, B72 – 1,65 zł/pkt

OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA - B18G, B19G – 1,37 zł/pkt

OKULISTYKA - HOSPITALIZACJA- ŚWIADCZENIA UDZIELANE OSOBOM DO UKOŃCZENIA 18. ROKU ŻYCIA (ŚWIADCZENIA FINANSOWANE ODRĘBNIEM W PSZ) – 1,62 zł/pkt

7. 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

..... za zabieg ablacji/rotablacji

.....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

8. Wykonywanie EEG dla dzieci wraz opisem, konsultacje neurologiczne :

..... zł/wykonanie EEG

..... zł/ za konsultację

9. Wykonywanie i opis badania USG przezciężniczkowego u noworodków:

..... zł/badanie

10. Pracownia:.....

..... zł/godz.

..... zł/ badanie

11. Poradnia:.....

..... zł/godz.

..... % wartości kontraktu wyrażonej w punktach :

- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LOGOPEDII – 1,57 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LOGOPEDII-ŚWIADCZENIA PIERWSZORAZOWE - 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE KARDIOLOGII DZIECIĘCEJ – 1,76 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE POŁOŻNICTWA I GINEKOLOGII – 1,76 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ENDOKRYNOLOGII - 1,70 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII DZIECIĘCEJ – 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OTOLARYNGOLOGII – 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROCHIRURGII – 1,57 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE ORTOPEDII I TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU – 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE REUMATOLOGII – 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE NEUROLOGII – 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ – 1,57 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE CHIRURGII OGÓLNEJ –
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE UROLOGII – 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE OKULISTYKI – 1,69 zł/pkt
- ŚWIADCZENIA W ZAKRESIE LECZENIA ZEZA – 1,69 zł/pkt

12. 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

1. 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

2. Pracownia EEG

.....zł/godz.

PSYCHOLOG

..... zł/godz.

..... zł/pkt

PSYCHOTERAPEUTA

..... zł/pkt

.....zł/godz./sesję

FIZJOTERAPEUTA

.....zł/godz.

FIZYK MEDYCZNY

.....zł/godz.

LOGOPEDA

..... % wartości przychodu z NFZ za zrealizowane świadczenia w Por.Logopedycznej

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)*