

**O F E R T A****o udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na przyjęcie obowiązków udzielania świadczeń zdrowotnych :\*

1. W Oddziale Psychiatrycznym z Poradnią Zdrowia Psychicznego
2. w Oddziale Chirurgii Dziecięcej z Poradnią Chirurgii Dziecięcej i Preluksacyjną
3. w Oddziale Neonatologicznym z Poradnią Neonatologiczną
4. w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym z Poradnią Chorób Zakaźnych
5. w Oddziale Onkologiczno-Hematologicznym z Poradnią Onkologiczną
6. w Oddziale Neurologicznym z Poradnią Neurologiczną
7. w Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego
8. w Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej
9. w Podstawowej Opiece Zdrowotnej

**Dane adresowe**

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

Adres .....

Telefon ..... adres e-mail .....

Posiadane specjalizacje .....

Numer właściwego rejestru .....

NIP..... REGON .....

Nr działalności gospodarczej .....

**Oferta cenowa**

Przedmiot zamówienia zobowiązuję się wykonywać za kwotę:

**Lekarz:**

**1. w Oddziale Psychiatrycznym, Neonatologicznym, Obserwacyjno-Zakaźnym, Onkologiczno-Hematologicznym, Neurologicznym wraz z przypisaną poradnią :**

I wariant:

- za udzielanie świadczeń w Oddziale bez względu na ordynację -...../zł godz.
- za udzielanie świadczeń w Poradni - ..... zł/pkt

II wariant:

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację w Oddziale z przypisaną Poradnią - ..... zł/godz.

**2. w Oddziale Chirurgii Dziecięcej z Poradnią Chirurgii Dziecięcej i Preluksacyjną :**

I wariant:

- za udzielanie świadczeń w Oddziale bez względu na ordynację - .....zł/godz.
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. telefonem) :.....zł/godz., a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń : ..... zł/godz.
- za pracę w Poradni Chirurgii Dziecięcej i Preluksacyjnej: .....zł/pkt

II wariant :

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację w Oddziale z przypisaną Poradnią - ..... zł/godz.
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. telefonem) :.....zł/godz., a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń : ..... zł/godz.

3. w *Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego* : stawka za godzinę : - .....zł /godz.
4. w *Nocnej i Świątecznej Opiece Zdrowotnej* - stawka za godzinę : .....zł/godz.
5. w *Podstawowej Opiece Zdrowotnej* - stawka za godzinę : ..... 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)

\*właściwe podkreślić