

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

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

1. w Oddziale Neonatologicznym z Poradnią
2. w Pododdziale Urologicznym z Poradnią

**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 Neonatologicznym z przypisaną Poradnią :**

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację - ..... zł/godz.

**2. W Pododdziale Urologicznym z przypisaną Poradnią:****I wariant :**

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji - .....zł/godz.( z wyłączeniem godzin pracy w Poradni)
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych (tzw. telefonem) :.....zł/godz., a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń : ..... zł/godz.
- za pracę w Poradni : .....zł/pkt

**II wariant:**

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji - ..... zł /godz. (z wyłączeniem godzin realizacji świadczeń w Poradni i zabiegów operacyjnych w Bloku Operacyjnym, wynikających i potwierdzonych zapisami w systemie AMMS oraz zapisami rejestratora czasu pracy)
- za gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych ( tzw. pod telefonem)- .....zł/godz, a po przybyciu na miejsce udzielania świadczeń - ..... zł/godz.
- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni - ..... zł/pkt
- za wykonane zabiegi operacyjne - operator .....% wartości procedury, asysta .....% wartości procedury.

**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 zakreślić