

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 dla Dzieci
 15. Pracowni Endoskopowej
 16. W zakresie wykonywania i opisów EEG dla dzieci, oraz konsultacje neurologiczne dla dzieci
 17. W zakresie wykonywania i opisów badania USG przezciężniakowego u noworodków
 18. W zakresie wykonywania zabiegów fizjoterapeutycznych w Pododdziale Medycyny Hospicyjnej, Hospicjum Domowym, oddziałach szpitalnych

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:

1. Oddział z poradnią:

LEKARZ – 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

7. Specjalistyczny zespół ratownictwa medycznego

- zł/godz. lekarz

8. 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:

.....

9. 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. Pracownice 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.

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)