

OFERTA*

o udzielanie świadczeń zdrowotnych

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

1. Oddziale Wewnętrznym z Poradnią Chorób Wewnętrznych
2. Oddziale Psychiatrycznym z Poradnią Zdrowia Psychicznego
3. Oddziale Pulmonologicznym z Poradnią Chorób Płuc i Gruźlicy oraz Poradnią Alergologiczną
4. Oddziale Dziecięcym z Poradnią Pediatriczną
5. Oddziale Nefrologicznym ze Stacją Dializ
6. Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego
7. Szpitalnym Oddziale Ratunkowym
8. Podstawowej Opiece Zdrowotnej
9. Zakładzie Patomorfologii
10. Zakładzie Diagnostyki Obrazowej
11. Zakresie wykonywania i opisów EEG oraz konsultacji neurologicznych dla potrzeb Oddziału Dziecięcego

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. Lekarze w Oddział z poradnią :**I wariant:**

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji: zł/godz.
2. udzielanie świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją :zł/godz.

II wariant :

- udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynacją :zł/godz.

III wariant: :

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji: zł/godz.
2. udzielanie świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją : zł/godz.
3. za udzielanie świadczeń w Poradni podległej danemu Oddziałowi : zł/za zrealizowany punkt

2. Lekarze w Specjalistycznym Zespole Ratownictwa Medycznego :

- zł/godz.

3. Lekarze w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynacją :zł/godz

4. Lekarze w Podstawowej Opiece Zdrowotnej :

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych : zł/godz.

5. Lekarze w Zakładzie Patomorfologii

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych : zł / ryczałt w kwocie miesięcznej .

6. Lekarze w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej

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

7. Lekarze w zakresie wykonania i opisów EEG oraz konsultacji dla potrzeb Oddziału Dziecięcego :

- za badanie EEG z opisem u dzieci poniżej 15 roku życia - zł/za badanie
- za badanie EEG z opisem u dzieci powyżej 15 roku życia - zł/ za badanie
- za badanie we śnie fizjologicznym -zł / za badanie
- za udzieloną konsultację dla potrzeb Oddziału Dziecięcego - zł/badanie

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.
6. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią klauzuli informacyjnej dla pracowników, osób ubiegających się o zatrudnienie w Specjalistycznym Szpitalu Wojewódzkim w Ciechanowie o przetwarzaniu danych osobowych i praw z tym związanych .

Ciechanów dnia

.....

(podpis)

- (przedmiot którego dotyczy oferta należy podkreślić)