

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

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

1. Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z przypisaną Poradnią Położniczo-Ginekologiczną
2. Pododdziale Urologicznym z przypisaną Poradnią Urologiczną
3. Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

**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 Oddziale Położniczo-Ginekologicznym z przypisaną Poradnią Położniczo-Ginekologiczną :**

**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.

**II wariant :**

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych w normalnej ordynacji: ..... zł/godz.
2. udzielanie świadczeń zdrowotnych poza normalną ordynacją : .....zł/godz
3. udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni - ..... zł/pkt
4. za wykonane zabiegi operacyjne - operator .....% wartości procedury, asysta .....% wartości procedury

**2. Lekarze w Pododdziale Urologicznym z przypisaną Poradnią Urologiczną**

**I wariant :**

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

**II wariant:**

1. 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.

### 3. Lekarze w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynacją : .....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.
6. Oświadczenie, 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)*