

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

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

1. w Oddziale Obserwacyjno-Zakaźnym z Poradnią Chorób Zakaźnych
2. w Oddziale Wewnętrznym z Poradnią Chorób Wewnętrznych
3. w Pododdziale Pulmonologicznym z Poradnią Chorób Płuc i Gruźlicy
4. w Oddziale Chirurgii Dziecięcej z Poradnią Chirurgii Dziecięcej i Preluksacyjną
5. w Poradni Leczenia Zeza i wykonywanie zabiegów operacyjnych tzw. zezowych
6. w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym

**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 Obserwacyjno-Zakaźnym, w Oddziale Wewnętrznym, w Pododdziale Pulmonologicznym 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 *Szpitalnym Oddziale Ratunkowym*: za udzielanie świadczeń zdrowotnych bez względu na ordynację:  
.....zł /godz.

4. w *Poradni Leczenia Zeza i wykonywanie zabiegów operacyjnych tzw. zezowych* :

- za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Leczenia Zeza: .....zł/pkt
- za wykonanie zabiegu operacyjnego tzw. zezowego : operator - ..... % wartości procedury (według rozliczenia z NFZ grupy JGP);

### 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)

\*właściwe podkreślić