

FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami Pracowni Hemodynamiki Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich.

I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko:
2. Specjalizacja, (jeśli dotyczy).....
3. Tytuł zawodowy.....

II. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń Pracowni Hemodynamiki.

III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

Należność z tytułu wykonywania w/w świadczeń:

- a) zł brutto (słownie:)
- za wykonanie jednej procedury koronarografii w zabiegach planowych i OZW,
- b) zł brutto (słownie:)
- za wykonanie każdej kolejnej procedury koronarografii w zabiegach planowych i OZW, jeżeli jest wykonywana po raz drugi i kolejny w ramach jednej hospitalizacji pacjenta lub przed upływem 14 dni pomiędzy pierwszą a drugą hospitalizacją pacjenta z tych samych przyczyn,
- c) zł brutto (słownie:)
- za wykonanie jednej procedury angioplastyki (PCI, PTCA) niezależnie od złożoności w zabiegach planowych i OZW,
- d) zł brutto (słownie:)
- za wykonanie każdej kolejnej procedury angioplastyki (PCI, PTCA), jeżeli jest wykonywana po raz drugi i kolejny w ramach jednej hospitalizacji pacjenta lub przed upływem 14 dni pomiędzy pierwszą a drugą hospitalizacją pacjenta z tych samych przyczyn,
- e) zł brutto (słownie:)
- za dyżur 24-godzinny w dzień roboczy,
- f) zł brutto (słownie:)
- za dyżur 24-godzinny w soboty i niedziele,
- g) zł brutto (słownie:)
- za dyżur 24-godzinny w święta, przy czym za dzień świąteczny uznaje się święta państwowe ustawowo wolne od pracy

IV. Załączniki do oferty:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
 2. Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza.
 3. Dokument potwierdzający specjalizację - kopia (jeśli dotyczy)
 4. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.
 5. Kopia polisy OC podmiotu leczniczego.
 6. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza Medycyny Pracy.
 7. Zaświadczenie wystawione przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie kardiologii potwierdzające wykonanie 300 PCI i 600 koronarografii (dot. lekarzy).
 8. Zaświadczenie o ukończeniu kursu ochrony radiologicznej.
 9. Zaświadczenie ukończenia okresowego szkolenia w zakresie BHP.
- V.** Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w ZOZ w Końskich.

.....

data

.....

podpis oferenta