

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań przez lekarza w Pracowni EMG w Zespole 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

.....

III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

1. Badanie EMG – 1 miesiąc (jakościowo i ilościowo).....zł
2. Badanie ENG - przewodnictwo czuciowe – 1 nerw.....zł
- przewodnictwo ruchowe z oceną fali F.....zł
3. Próba miasteniczna.....zł
4. Próba tężyczkowa.....zł
5. Badanie w kierunku zespołu cieśni nadgarstka.....zł
6. Badanie w kierunku uszkodzenia nerwu łokciowego.....zł
7. Badanie w kierunku polineuropatia/miopatii.....zł
8. Badanie w kierunku choroby neuronu ruchowego.....zł
9. Badanie splotu.....zł

IV. Załączniki do oferty:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Świętokrzyską Izbę Lekarską.
2. Kopia prawa wykonywania zawodu.
3. Dokument potwierdzający stopień specjalizacji (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 ukończenia okresowego szkolenia w zakresie BHP.
8. Dokument potwierdzający ukończenie kursu z zakresu wykonywania badań EMG.

V. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w ZOZ w Końskich.

.....

data i podpis oferenta