

## FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami Pracowni Hemodynamiki Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich oraz koordynowaniu i nadzorowaniu działań związanych z funkcjonowaniem pracowni.

### 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

h) ..... zł brutto (słownie: .....)  
miesięcznie, tytułem dodatku za koordynowanie funkcjonowania Pracowni  
Hemodynamiki.

#### **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