

Formularz ofertowy – Załącznik do ogłoszenia o konkursie

.....
/Dane oferenta/

Polanica-Zdrój, dn.

.....
/Adres/

.....

.....

.....

Specjalistyczne Centrum Medyczne
Polanicy-Zdroju
ul. Jana Pawła II 2

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SCM w zakresie:

.....

.....

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienie.

Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 35 ust. 1, p.1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 2007 nr 14, poz. 89)

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych komórkach organizacyjnych SCM:

1) świadczenie usług lekarskich w oddziałach i poradniach SCM

lp.	Stopień specjalizacji lekarza	Nazwa oddziału/poradni	Stawka godz. za pracę w oddziale	Stawka godz. za pracę w poradni specjalistycznej
1	Lekarz bez specj.			
2	Lekarz z I st. specj.			
3	Lekarz z II st. specj.			

2) Świadczenie usług pielęgniarских (położniczych, świadczonych przez ratowników medycznych) w oddziałach i poradniach SCM

lp.	Kwalifikacje pielęgniarki/położnych	Nazwa oddziału/poradni	Stawka godz. za pracę w oddziale	Stawka godz. za pracę w poradni specjalistycznej
1	Bez dodatkowych kwalifikacji			

105

2	Kurs kwalifikacyjny			
3	Specjalizacja			
4	Ratownicy medyczni			

3-a) udzielanie świadczeń lekarskich w oddziałach szpitalnych SCM(dyżury stacjonarne).

Lp	Stopień specj. lekarza Dyżurującego	Stawka godzinowa w zł przy dyżurze 16h25 min. Dni powszednie *			Stawka godzinowa w zł przy dyżurze 24h **.święta, weekendy		
		Anestezjologów	Pozostali lekarze	Dyżury SOR	Anestezjologów	Pozostali lekarze	Dyżury SOR
1	Lekarz bez specj.						
2	Lekarz z I st. specj.	-			-		
3	Lekarz z II st. specj.						
	Razem (suma poz.1,2,3)	A= zł	B= zł	C= zł	E= zł	F= zł	G= zł

3-b) udzielanie świadczeń lekarskich w dni wolne od pracy - dyżury pod tel. wezwania.

Lp	Stawka godz. lekarza dyżurującego	Dyżur pod tel.	Wezwanie podczas dyż. pod tel.
1	ilość % godzinowej stawki lekarza dyżurującego(*; **) %% stawki godz. *: ** w zależności od czasu pracy podczas wezwania

4) udzielanie świadczeń opieki medycznej związanych z wykonywaniem zabiegów na bloku operacyjnym.

Lp	Stopień specj. lekarza / stanowisko personelu medycznego	Stawka za wykonanie zabiegu operacyjnego
1	Lekarz anestezjolog/operator	
2	Lekarz asystent operatora	
3	Ordynator operator	
4	Ordynator asystent operatora	
5	Lekarz operator wykonujący zabiegi w trybie jednodniowym	
		Stawka godzinowa w zł za godz. pełnionego dyżuru
6	Piel. Anestezjologiczna	
7	Instrumentariuszka	
8	Personel pomocniczy	

5) Udzielanie świadczeń w oddziale (i innych komórkach nadzorowanych przez oddział) na podstawie kontraktu zbiorowego zawartego z lekarzami danego oddziału:

Oddział

Na warunkach:
.....
.....

Inne komórki nadzorowane przez oddział:

Na warunkach:
.....
.....

Świadczenia realizowane będą w okresie od do dnia

W załączeniu przedkładam: (dokumenty wskazane w treści ogłoszenia- wymieni ć jakie):

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią szczegółowych warunków konkursu.

.....
/pieczętka i podpis/

Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.

.....
/pieczętka i podpis/

.....
/pieczętka i podpis oferenta/

10/3