**FORMULARZ OFERTY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie chirurgii urazowo - ortopedycznej**

1. Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Dane oferenta:

Nazwa działalności gospodarczej: ……………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko |  |  | Data urodzenia | | |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adres |  |  | PESEL |  |  | |  | | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Nazwa oferenta |  |  | Prawo wyk. zaw. | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Nr rejestru praktyki lekarskiej*** |  |  | REGON | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIP |  |  |  | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| telefon |  |  | e-mail: | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |

1. Kwalifikacje zawodowe:

|  |
| --- |
|  |
|  |

1. Rodzaj oferowanych świadczeń.

**Zadanie 2.** Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chirurgii Urazowo - Ortopedycznej:

Zadanie 2.1\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | Kwota/wysokość stawki % |
| 1. | Wykonywanie świadczeń zdrowotnych pomiędzy godziną 7:00 a 15:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku z wyłączeniem świąt. | godz. |  |
| 2. | „Dyżur medyczny” pełniony poza podstawowym czasem ordynacji w dni powszednie. | godz. |  |
| 3. | „Dyżur medyczny” pełniony poza podstawowym czasem ordynacji w soboty, niedzielę i święta oraz dni dodatkowo wolne ustalone przez Szpital. | godz. |  |
| 4. | Dyżur w gotowości pełniony poza podstawowym czasem ordynacji w dni powszednie 16 godz., w soboty, niedzielę i święta oraz dni dodatkowo wolne ustalone przez Szpital – 24 godz. | godz. |  |
| 5. | Wykonywanie procedur zabiegowych\*\*\* | % |  |

\*\*\*- % od wartości danej procedury zabiegowej zaliczonej do JGP pomniejszonej o wartość implantów kręgosłupowych, endoprotez, kosztów wszczepów przy zabiegach artroskopii (ceny implantów i endoprotez zostaną określone w zał. nr 2 do niniejszej umowy) wykonywanej na Bloku Operacyjnym, w przypadku, gdy Przyjmujący zamówienie jest pierwszym operatorem oraz gdy, asystuje lekarzowi odbywającemu specjalizację w ramach rezydentury.

Wartość procedur medycznych określa umowa o udzielaniu świadczeń zdrowotnych – leczenie szpitalne zawarta pomiędzy Szpitalem im. Św. Jadwigi Śląskiej w Trzebnicy a Dolnośląskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ.

**Termin zapłaty wynagrodzenia za świadczenia ponad limitowe** **będzie uzależniony od zapłaty wynagrodzenia Szpitalowi przez NFZ.**

Zadanie 2.2\*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj oferowanych świadczeń | j.m. | Kwota |
| 1 | „Dyżur medyczny” w dzień powszedni trwający 16 godz. | godz. |  |
| 2 | „Dyżur medyczny” w dni wolne od pracy, niedziele i święta trwający 24 godziny. | godz. |  |

|  |
| --- |
|  |
| *Podpis i pieczęć oferenta* |

***Dokumenty:***

Kserokopia prawa wykonywania zawodu (strona ze zdjęciem, strona 2 i 3, strona z wpisaną specjalizacją),

Wypis z rejestru praktyk DIL

Dyplom AM

Wypis z rejestru ewidencji działalności gospodarczej

REGON

Dyplom specjalizacji / karta specjalizacji zgodnie z SWKO\*\*.

orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy,

orzeczenie o stanie zdrowia wydane przez lekarza medycyny pracy do celów sanitarno – epidemiologicznych.

Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej