

FORMULARZ OFERTY

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....
.....

Regon NIP Nr wpisu we właściwym rejestrze
PESEL

2. Adres Oferenta:

ul. nr kod pocztowy miejscowość

3. Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):

ul. nr kod pocztowy miejscowość

4. Dane kontaktowe:

tel. fax mail:

(wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail)

5. Kwalifikacje zawodowe:

.....
.....
.....

II. Oferowany czas trwania umowy to miesięcy, **preferowany to 36 miesięcy.**

III. Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT (rachunku) przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

IV. Oferowany sposób realizacji przedmiotu umowy:

.....
.....
.....

V. Oferta dodatkowa:

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Materiałach Informacyjnych:

.....
.....

2. Inne składniki oferty:

.....
.....

.....
pieczętka i podpis Oferenta

dot. postępowania konkursowego Nr 10/2021 na zamówienie na zlecenie Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych przez lekarzy w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym wraz z Poradnią Neurochirurgicznym oraz przez okres 36 miesięcy.

PAKIET	Przedmiot Zamówienia	Imię i Nazwisko wykonującego przedmiotowe świadczenia zdrowotne wraz z kwalifikacjami	Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ
1	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurochirurgicznej zgodnie z harmonogramem i wymaganiami NFZ.</p> <p>Wymagania: - lekarz specjalista w dziedzinie neurochirurgii z doświadczeniem w uzupełnianiu pompy baklofenowej oraz kontroli pacjentów po wszczepieniu neurostimulatora mózgu.</p>		<p>..... cena w procentach za 1 pkt NFZ Oferowana liczba godzin (tygodniowo)</p>
2a	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurochirurgicznym oraz na bloku operacyjnym Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego całodobowo od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta w charakterze lekarza operatora</p> <p>Wymagania: - lekarz specjalista w dziedzinie neurochirurgii lub - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa</p>		<p>..... cena za 1 zabieg..... rodzaj zabiegu cena za 1 zabieg..... rodzaj zabiegu cena za 1 zabieg..... rodzaj zabiegu cena za 1 godzinę udzielania świadczeń innych niż wyżej wymienione w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym Oferowana liczba godzin (tygodniowo)</p>
2b	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neurochirurgicznym oraz na bloku operacyjnym Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego całodobowo od poniedziałku do piątku oraz w soboty, niedziele i święta w charakterze lekarza asysty</p> <p>Wymagania: - lekarz specjalista w dziedzinie neurochirurgii lub - lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie neurochirurgii zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa</p>		<p>..... cena za 1 asystę..... rodzaj zabiegu cena za 1 asystę..... rodzaj zabiegu cena za 1 asystę..... rodzaj zabiegu cena za 1 godzinę udzielania świadczeń innych niż wyżej wymienione w Klinicznym Oddziale Neurochirurgicznym Oferowana liczba godzin (tygodniowo)</p>

3	<p>Udzielanie świadczeń zdrowotnych na bloku operacyjnym Klinicznego Oddziału Neurochirurgicznego W zakresie JGP: Q31, Q32, Q33</p> <p>Wymagania: - lekarz specjalista w dziedzinie neurochirurgii / lekarz specjalista w dziedzinie radiologii zabiegowej z odpowiednim doświadczeniem w wykonywaniu zabiegów przeszłonnych w tym angiografii wykonywanych samodzielnie oraz - w przypadku terapii naczyniowej z dwuletnim doświadczeniem w wykonywaniu procedur radiologicznej diagnostyki naczyniowej i terapii naczyniowej - w przypadku diagnostyki naczyniowej z dwuletnim doświadczeniem w wykonywaniu radiologicznych procedur diagnostycznych naczyniowych</p> <p>UWAGA: staż pracy o którym mowa powyżej potwierdza się na podstawie zaświadczenia wydanego przez kierownika jednostki ochrony zdrowia poświadczającego przez konsultanta wojewódzkiego w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej</p>	<p>..... cena za 1 zabieg..... rodzaj zabiegu</p> <p>..... cena za 1 zabieg..... rodzaj zabiegu</p> <p>..... cena za 1 zabieg..... rodzaj zabiegu</p> <p>..... cena za 1 miesiąc utrzymywania gotowości do przeprowadzenia zabiegu</p> <p>..... Oferowana liczba godzin (tygodniowo) </p>
---	--	--

DATA I PODPIS OFERENTA.....

