#### Oferta na wykonywanie świadczeń zdrowotnych do konkursu nr PCZ/DPO/3382/04/2023

|  |  |
| --- | --- |
| nazwa podmiotu |  |
| Adres  siedziby |  |
| NIP, REGON |  |
| Telefon i e-mail |  |
| Osoba do reprezentacji |  |

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym i Poradni Ginekologiczno-Położniczej .

1. **W zakresie świadczeń zdrowotnych opisanych w Załączniku nr 1 do Ogłoszenia o konkursie oczekuję kwoty w poszczególnych zakresach realizowanych świadczeń:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj świadczeń** | **Liczba pkt** | **Proponowana cena za pkt w zł** | **Wartość** |
| **I.** | **Hospitalizacja z zakresu ginekologii w Oddziale Ginekologiczno-Położniczym** | | | |
| **1.** | Ginekologia - hospitalizacja (umowa sieciowa) |  |  |  |
| **2.** | Ginekologia - świadczenia udzielane osobom do ukończenia 18-go roku życia |  |  |  |
| **3.** | Ginekologia - hospitalizacja – świadczenia poza pakietem onkologicznym |  |  |  |
| **4.** | Ginekologia – hospitalizacja – pakiet onkologiczny |  |  |  |
| **5.** | Inne zakresy świadczeń |  |  |  |
| **II.** | **Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna z zakresu położnictwa i ginekologii w Poradni Ginekologiczno-Położniczej** | | | |
| **1.** | świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii (umowa sieciowa) |  |  |  |
| **2.** | świadczenia zabiegowe w zakresie położnictwa i ginekologii – zakres skojarzony |  |  |  |
| **3.** | świadczenia w zakresie położnictwa i ginekologii – diagnostyka onkologiczna |  |  |  |
| **4.** | pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego – zakres skojarzony |  |  |  |
| **WARTOŚĆ RAZEM** | | | |  |

1. **W zakresie świadczeń komercyjnych oczekuję ……% wartości ceny w/g cennika za świadczenia u Udzielającego Zamówienie.**

**Proponowany miesięczny wymiar godzin poszczególnych grup personelu wraz z kwalifikacjami w poszczególnych zakresach świadczeń:**

1. **Hospitalizacja**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personel Lekarski** |  |  |  |  |  |
|  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | Specjalizacja/rok rozpoczęcia specjalizacji | inne kwalifikacje | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |
| **Personel Pielęgniarski** |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | specjalizacja | inne kwalifikacje | wymiar czasu pracy tygodniowo |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Pozostały personel** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Imię i Nazwisko | Pesel | Wykonywane stanowisko | wymiar czasu pracy tygodniowo |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Ambulatoryjna opieka specjalistyczna świadczenia realizowane w Poradni Ortopedycznej**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personel Lekarski** | |  |  | |  |  |  | |
|  | |
| Imię i Nazwisko | | Pesel | Nr prawa wykonywania zawodu | | Specjalizacja/rok rozpoczęcia specjalizacji | inne kwalifikacje | wymiar czasu pracy tygodniowo | |
|  | |  |  | |  |  |  | |
|  | |  |  | |  |  |  | |
|  | |  |  | |  |  |  | |
|  | |  |  | |  |  |  | |
|  | |  |  | |  |  |  | |
|  | |  |  | |  |  |  | |
|  | |  |  | |  |  |  | |
| **Personel Pielęgniarski** |  | |  |  | |  | |  | |
| Imię i Nazwisko | Pesel | | Nr prawa wykonywania zawodu | specjalizacja | | inne kwalifikacje | | wymiar czasu pracy tygodniowo | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |
|  |  | |  |  | |  | |  | |

…………………………..…………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*

**Oświadczam, że:**

Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia niniejszego konkursu wraz z załącznikami – akceptuje zawarte w nich warunki i zobowiązuje się do ich przestrzegania podczas procedury konkursowej i w przypadku wyboru oferty

……………………………….………………………………………………………..

*podpis osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta*