**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich w pracowniach diagnostycznych**

**Odpowiadając na Ogłoszenie o konkursie ofert z dnia …………. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Zespole Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim w okresie:   
od 01.01.2024 r do 31.12.2026r.**

**oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych określonych w Części …..w zakresie………………**

**……………………………………………………………………………………………………….  
 (**wpisać numer Części i zakres z Ogłoszenia o konkursie)

Imię i nazwisko/nazwa/firma Przyjmującego zamówienia (oferenta)

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

Adres siedziby Przyjmującego zamówienie albo miejsca zamieszkania

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

Adres do korespondencji ……………………………………………………………………………………………

numer telefonu…………………………………………; adres e-mail……………………………………………..

**Forma prowadzonej działalności leczniczej\*):**

- praktyka zawodowa (wpisać rodzaj i zakres praktyki\*\*))

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

- numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez ORL………………

- wpis do CEIDG/ KRS (wpisać odpowiedni rejestr)

- NIP REGON

**Forma prowadzonej działalności leczniczej\*):**

- podmiot leczniczy (wpisać formę organizacyjno-prawną )……………………………………………………….

- numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez właściwego wojewodę………………………………………………………………………………………………………….

- wpis do CEIDG/ KRS (wpisać odpowiedni rejestr)

- NIP REGON

\*) wypełnić w zależności od prowadzonej formy działalności leczniczej

\*\*) Indywidualna praktyka lekarska/Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska/Grupowa praktyka lekarska

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, wymaganiami określonymi w dokumencie pn. „Szczegółowe warunki konkursu i wymagania od Przyjmujących zamówienie” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.

3. posiada aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarancyjną zgodnie

z obowiązującymi przepisami\*\*/lub zobowiązuje się do przedłożenia zawartej polisy OC najpóźniej na dwa dni przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych \*\*

4. posiada orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania świadczeń zdrowotnych

**Deklarowana ilość świadczonych usług w miesiącu oraz warunki wynagrodzenia:**

Część 31.1 PRACOWNIA ENDOSKOPOWA-LEKARZ\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
|  | **Świadczenie usług badań diagnostycznych endoskopowych:** | | | |
| 1 | Gastroskopia\* | badanie |  |  |
| 2 | gastroskopia z testem ureazowym\* | badanie |  |  |
| 3 | gastroskopia z badaniem H-P (z oceną)\* | badanie |  |  |
| 4 | gastroskopia z polipektomią i oceną H-P\* | badanie |  |  |
| 5 | Rektoskopia\* | badanie |  |  |
| 6 | rektoskopia z badaniem H-P\* | badanie |  |  |
| 7 | Kolonoskopia\* | badanie |  |  |
| 8 | kolonoskopia z badaniem H-P\* | badanie |  |  |
| 9 | ECPW – endoskopowa cholangiopankreatografia wsteczna  - zabieg diagnostyczny / terapeutyczny | Badanie/zabieg |  |  |

Część 31.2 PRACOWNIA USG-LEKARZ\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
|  | **Świadczenie usług badań USG:** | | | |
| 1 | Planowe\* | badanie |  |  |
| 2 | Pilne\* | badanie |  |  |

Część 31.3 PRACOWNIA USG-LEKARZ\*

(Wykonywanie badań dla Poradni lekarza rodzinnego- POZ w ramach opieki koordynowanej)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
| 1 | Świadczenie usług USG Doppler | badanie |  |  |

Część 31.4 PRACOWNIA USG-LEKARZ\*

(Wykonywanie badań dla Poradni urazowo-ortopedycznej i chirurgii ogólnej)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
| 1 | Świadczenie usług badań USG stawów | badanie |  |  |

Część 31.5 PRACOWNIA DIAGNOSTYKI KARDIOLOGICZNEJ-LEKARZ\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
|  | **Świadczenie usług badań kardiologicznych:** | | | |
| 1 | EKG-wysiłkowe\* | badanie |  |  |
| 2 | EKG\* | badanie |  |  |
| 3 | Echo serca\* | badanie |  |  |
| 4 | RR metodą Holtera\* | badanie |  |  |

Część 31.6 PRACOWNIA RENTGENODIAGNOSTYKI OGÓLNEJ- LEKARZ\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
| 1 | Świadczenie lekarskie diagnostyczne,  w tym opisywanie wyników badań | godzina |  |  |

Dostępność świadczeń-nie mniej niż 196 godzin w ciągu roku (w okresie urlopu lekarza radiologa Pracowni)

Część 31.7 PRACOWNIA TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ - LEKARZ\*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Wyszczególnienie** | **Jednostka**  **rozliczeniowa** | **Deklarowana ilość jednostek rozliczeniowych miesięcznie** | **Proponowana cena jednostkowa brutto za jednostkę rozliczeniową** |
| 1 | Świadczenie usług diagnostycznych - opisywanie wyników badań tomografii komputerowej w Pracowni TK\*\*/ zdalnie\*\* | Godzina |  |  |

\*) wypełnić właściwe \*\*) niepotrzebne skreślić

**Do oferty załączam następujące dokumenty**(w postaci kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem):

1. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe, w szczególności:

a) dyplom ukończenia uczelni,

b) prawo wykonywania zawodu,

c) uzyskane specjalizacje,

d) inne wymagane/posiadane dokumenty potwierdzające uprawnienia do wykonania przedmiotu

zamówienia (wpisać jakie)…………………………………………………………………………..

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

2. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonych   
 odpowiednio przez ORL lub właściwego wojewodę

1. Aktualna polisa ubezpieczenia OC\*\*/ lub zobowiązanie Przyjmującego zamówienia do zawarcia polisy na okres obowiązywania umowy\*\*) (niepotrzebne skreślić).
2. Orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia.
3. Inne (wpisać jakie) ………………………………………………………………………………………

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

Oświadczam, że dokumenty wymienione w poz, (np. 1a)..…….….są w posiadaniu Udzielającego zamówienia   
i zachowują swoją ważność.

………………….…….…………………………

*(data, miejscowość) (imię, nazwisko i podpis Przyjmującego zamówienie)*