FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

|  |
| --- |
| D A N E O F E R E NTA |
| OFERENTNazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestracyjnym |  |
| Forma Organizacyjna |  |
| **Adres do korespondencji:****Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer** |   |
| **Numer telefonu:**  | **Fax:**  | **e-mail:**  |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  |
| **Numer NIP** |  |

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

 *Data i podpis Oferenta*

**ZAŁĄCZNIK OFERTOWY**

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

 CHIRURGII KLATKI PIERSIOWEJ

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

Elementy należności za realizację zamówienia:

1. Proponowana stawka za udzielanie świadczeń - ……………………. za 1 miesiąc
2. Proponowana stawka za dyżur 16 godzinny w dni robocze................................
3. Proponowana stawka za dyżur 24 godzinny w niedziele, dni świąteczne i wolne od

pracy ..................................

1. Proponowana stawka za „gotowość do udzielania świadczenia zdrowotnego”

 - za 1 dzień gotowości – ................................

 - w przypadku udzielenia świadczenia - ………………………

1. Proponowana stawka za udział w przedłużającym się zabiegu planowym:

 – chirurg operator za 1 zabieg ..........................................

 - chirurg asysta za 1 zabieg …………………………………

1. Proponowana stawka za wykonanie, prawidłowo sprawozdanych w ścieżce onkologicznej i prawidłowo rozliczonych w pozycji umowy z NFZ ***przez zespół Oddziału Torakochirurgii****:* Pakiet onkologiczny, 15 zabiegów D01 D02 w miesiącu-…………………zł
2. Proponowana stawka za wykonanie, prawidłowo sprawozdanych w ścieżce onkologicznej i prawidłowo rozliczonych w pozycji umowy z NFZ ***przez zespół Oddziału Torakochirurgii***: Pakiet onkologiczny, ***każdy dodatkowy 1 zabieg D01 D02 w miesiącu*** -…………………zł
3. Proponowana stawka za przeprowadzoną procedurę przeszczepu:
- w ramach Zespołu pobraniowego:

1) chirurg operator – ………………..zł

2) chirurg asysta – ……………….zł
- przeprowadzenie jednej procedury przeszczepu:

1) chirurg operator – ……………….zł

2) I chirurg asysta – …………………zł

3) II chirurg asysta – ………………..zł
- *dyżurowanie w ramach gotowości do przeszczepu* ***w ramach zespołu pobraniowego******(chirurg operator)*** *– ………… zł za 1 dobę/ 24 godziny;
- dyżurowanie w ramach gotowości do przeszczepu* ***w ramach zespołu pobraniowego******( chirurg asysta) i/lub w ramach zespołu przeszczepiającego – (chirurg operator, I chirurg asysta)*** *– ………… zł za 1 dobę/ 24 godziny;*

1. Deklarowana przeciętna ilość godzin udzielania świadczeń w miesiącu-……………….
2. Proponowany czas trwania umowy...................................................

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

 Data i podpis Oferenta