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