

OFERTA

Dane o ofercie

.....

.....

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa, adres/

W związku z ogłoszeniem o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w rodzaju:

- opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień w zakresie: Całodobowego Oddziału Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży, Całodobowego Oddziału Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Osobowości, Całodobowego Oddziału Rehabilitacji Psychiatrycznej, Izby Przyjęć, Poradni Zdrowia Psychicznego, Całodobowego Oddziału Psychiatrycznego Ogólnego, Całodobowego Oddziału Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych;
- rehabilitacja lecznicza w zakresie: Oddziału Rehabilitacji Neurologicznej;
- ambulatoryjna opieka specjalistyczna w zakresie: Poradni Neurologicznej;
- wykonywanie konsultacji lekarskich w zakresie pulmonologii, chirurgii ogólnej, pediatrii, otolaryngologii, internistycznej opieki lekarskiej z opisywaniem badań EKG, świadczenie usług w zakresie specjalisty radiodiagnostyki z opisem zdjęć oraz w zakresie opisów badań EEG dla dzieci i dorosłych.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie (właściwe zaznaczyć krzyżykiem):

| Lp | Zadania w ramach kontraktu | |
|----|---|--|
| | Pakiet I – Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | |
| 1 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarza specjalistę psychiatrii | |
| 2 | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Całodobowym Oddziale Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży | |
| 3 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Osobowości oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | |
| 4 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Rehabilitacji Psychiatrycznej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | |
| 5 | Udzielanie świadczeń medycznych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień w Izbie Przyjęć | |
| 6 | Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego | |
| 7 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Psychiatrycznym Ogólnym oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | |
| 8 | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Całodobowym Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym | |

| | | |
|---|---|--|
| 9 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | |
| | Pakiet II – Rehabilitacja lecznicza | |
| 1 | Udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie rehabilitacji neurologicznej w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej | |
| 2 | Prowadzenie zajęć logopedycznych w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej | |
| | Pakiet III – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna | |
| 1 | Udzielanie porad neurologicznych w Poradni Neurologicznej | |
| | Pakiet IV – Konsultacje specjalistyczne | |
| 1 | Konsultacje z zakresu pulmonologii | |
| 2 | Konsultacje z zakresu chirurgii ogólnej | |
| 3 | Konsultacje z zakresu otolaryngologii | |
| 4 | Konsultacje z zakresu internistyczne z opisem EKG | |
| 5 | Konsultacje z zakresu pediatrii | |
| 6 | Usługi w zakresie specjalisty radiodiagnostyki z opisem zdjęć | |
| 7 | Świadczenie usług w zakresie opisów badań EEG dla dzieci i dorosłych | |
| 8 | Wykonywanie konsultacji neurologicznych w ramach badań profilaktycznych pracowników Szpitala | |

3. Za realizację zamówienia proponuję wynagrodzenie wg poniższej kalkulacji

| Lp | Zadania w ramach kontraktu | Forma wynagradzania | Deklarowana liczba godzin, konsultacji przyjazdów na dzień/tydzień/miesięcznie | Proponowana cena |
|----|---|---------------------|--|------------------|
| | Pakiet I – Opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień | | | |
| 1 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Psychiatrii Sądowej o Wzmocnionym Zabezpieczeniu dla Młodzieży oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarza specjalistę psychiatrii | | | |
| 2 | udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień przez lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarza specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży II stopnia, lub specjalistę psychiatrii dzieci i młodzieży I stopnia, lub lekarza będącego w trakcie specjalizacji z psychiatrii dzieci i młodzieży lub lekarza specjalistę psychiatrii lub lekarza specjalistę w dziedzinie psychiatrii lub lekarza, który posiada specjalizację I stopnia w dziedzinie psychiatrii, lub lekarza w trakcie specjalizacji w dziedzinie psychiatrii | | | |
| 3 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Leczenia Zaburzeń Nerwicowych i Osobowości oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | | | |
| 4 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Rehabilitacji Psychiatrycznej oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | | | |
| 5 | Udzielanie świadczeń medycznych w zakresie psychiatrii i leczenia uzależnień w Izbie Przyjęć | | | |
| 6 | Udzielanie świadczeń ambulatoryjnych psychiatrycznych dla dorosłych w Poradni Zdrowia Psychicznego | | | |
| 7 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Psychiatrycznym Ogólnym oraz udzielanie | | | |

| | | | | |
|---|---|--|--|--|
| | świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | | | |
| 8 | Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień w Całodobowym Oddziale Psychiatrycznym Ogólnym | | | |
| 9 | Kierowanie Całodobowym Oddziałem Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień | | | |
| | Pakiet II – Rehabilitacja lecznicza | | | |
| 1 | Udzielanie świadczeń lekarskich w zakresie rehabilitacji neurologicznej w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej | | | |
| 2 | Prowadzenie zajęć logopedycznych w Całodobowym Oddziale Rehabilitacji Neurologicznej | | | |
| | Pakiet III – Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna | | | |
| 1 | Udzielanie porad neurologicznych w Poradni Neurologicznej | | | |
| | Pakiet IV – Konsultacje specjalistyczne | | | |
| 1 | Konsultacje z zakresu pulmonologii | | | |
| 2 | Konsultacje z zakresu chirurgii ogólnej | | | |
| 3 | Konsultacje z zakresu otolaryngologii | | | |
| 4 | Konsultacje z zakresu internistyczne z opisem EKG | | | |
| 5 | Konsultacje z zakresu pediatrii | | | |
| 6 | Usługi w zakresie specjalisty radiodiagnostyki z opisem zdjęć | | | |
| 7 | Świadczenie usług w zakresie opisów badań EEG dla dzieci i dorosłych | | | |
| 8 | Wykonywanie konsultacji neurologicznych w ramach badań profilaktycznych pracowników Szpitala | | | |

4. Oferta obejmuje wykonywanie wszystkich czynności związanych z realizacją przedmiotu zamówienia.

5. Proponowane warunki płatności:

.....

6. Informacje dodatkowe:

.....

7. Oświadczam, że zawarty do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach. (W przypadku zastrzeżeń do postanowień projektu umowy - załączyć na piśmie propozycje innych zapisów).

8. Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych

objętych przedmiotem zamówienia, które potwierdzam stosownymi dokumentami załączonymi do niniejszej oferty.

9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie swoich danych osobowych wyłącznie dla celów realizacji umowy.

10. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- a)
- b)
- c)
- d)
- e)
- f)

.....

miejsowość, data

.....

podpis i pieczęć oferenta

