Załącznik Nr 1

OFERTA KONKURSOWA

NA ŚWIADCZENIE USŁUG LEKARSKICH W ODDZIALE SZPITALNYM

W ZAKRESIE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH I ZARZĄDZANIE ODDZIAŁEM:

- REHABILITACYJNYM

- ANESTEZJOLOGII I INTENSYWNEJ TERAPII

W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia , szczegółowymi warunkami konkursu ofert ( SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko : .................................................................................

Adres:.........................................................................................

Numer wpisu do Izb Lekarskich ....................................................

Nazwa podmiotu gospodarczego:...........................................................

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

3. Oświadczam, że będę udzielał (a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

5. Czas pracy w oddziale ………………………………………….

Poniedziałek / godz. …………………………………….

Wtorek /godz. ……………………………………………...

Środa / godz. ………………………………………………..

Czwartek / godz. …………………………………………..

Piątek / godz. ……………………………………………….

6. Propozycja cenowa:

Wartość miesięczna za świadczenia zdrowotne: ……..………………brutto

7. Czas trwania umowy : od 01.01.2025 do 31.12.2029

8. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero specjalizacji

4) Ksero prawa wykonywania zawodu

5) Ksero polisy ubezpieczeniowej

6) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej

7) Zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej z Izb Lekarskich

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

Podpis oferenta

# Załącznik Nr 2

# **OFERTA KONKURSOWA**

NA ŚWIADCZENIE USŁUG LEKARSKICH W ODDZIAŁACH SZPITALNYCH W ZAKRESIE:

- Anestezjologii i Intensywnej Terapii. Blok operacyjny \*

- Wieloprofilowym z zakresu chirurgii ogólnej \*

- Pediatrii i neonatologii \*

#### W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia , szczegółowymi warunkami konkursu ofert ( SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko : ..................................................................................................

Adres: ..................................................................................................................

Nazwa podmiotu gospodarczego: ..........................................................................

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

3. Oświadczam, że będę udzielał (a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

5. Czas pracy w oddziale ………………………………………….

Poniedziałek / godz. ………………………………………

Wtorek /godz. ……………………………………………....

Środa / godz. ………………………………………………..

Czwartek / godz. ……………………………………………

Piątek / godz. ………………………………………………..

6. Propozycja cenowa:

Wartość miesięczna za świadczenia zdrowotne: ……………………………brutto

7. Czas trwania umowy : od 01.01.2025 do 31.12.2029

8. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero specjalizacji

4) Ksero prawa wykonywania zawodu

5) Ksero polisy ubezpieczeniowej

6) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej

7) Zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej z Izb Lekarskich

\* niepotrzebne skreślić

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

Podpis oferenta

# Załącznik Nr 3

# **OFERTA KONKURSOWA**

NA ŚWIADCZENIE USŁUG W ZAKRESIE DYŻURÓW LEKARSKICH

**Dyżur w Centralnej Izbie Przyjęć \***

**Dyżur w oddziale dziecięcym \***

**Dyżur w AiIT \***

**Dyżur w oddziale wieloprofilowym zabiegowym z zakresu chirurgii ogólnej\***

#### W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia , szczegółowymi warunkami konkursu ofert ( SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko : .................................................................................................

Adres: .................................................................................................................

Nazwa podmiotu gospodarczego: .........................................................................

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

Numer wpisu do Izb Lekarskich .........................................................................

3. Oświadczam, że będę udzielał (a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

Liczba osób biorących udział w zamówieniu : osobiście ( jedna)

Stawki za dyżury w oddziale …………………………………………………………………..

Dyżur ( w dzień powszedni ) ……………………………………. brutto

Dyżur ( w dzień świąteczny ……………………………………… brutto

5. Czas trwania umowy : od 01.01.2025 do 31.12.2029

6 . Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero specjalizacji

4) Ksero prawa wykonywania zawodu

5) Ksero polisy ubezpieczeniowej

6) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej

7) Zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej z Izb Lekarskich

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

Podpis oferent

# Załącznik Nr 4

# **OFERTA KONKURSOWA**

NA ŚWIADCZENIE USŁUG LEKARSKICH W PRACOWNI ENDOSKOPOWEJ

#### W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia , szczegółowymi warunkami konkursu ofert ( SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko : .................................................................................................

Adres: .................................................................................................................

Nazwa podmiotu gospodarczego: ..........................................................................................................................................................................................

3. Oświadczam, że będę udzielał (a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

5. Propozycje cenowe :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Cena |
| 1. | Gastroskopia diagnostyczna |  |
| 2. | Gastroskopia zabiegowa typ I (usuwanie ciał obcych , zmiany naczyniowe, zakładanie sond, zabiegi obarczające p. pokarmowy, tamowanie krwawień typ I, polipy do 10 mm |  |
| 3. | Gastroskopia zabiegowa typ II ( tamowanie krwawień ostrych dwoma metodami , eradykacja żylaków przełyku, polipy > 10 mm) |  |
| 4. | Gastroskopia zabiegowa typ III ( tamowanie krwawień z żylaków przełyku, polipy > 20 mm, mukosektomia ) |  |
| 5. | Kolonoskopia diagnostyczna |  |
| 6. | Kolonoskopia zabiegowa typ I ( polipy do 10mm, zmiany naczyniowe) |  |
| 7. | Kalonoskopia zabiegowa typ II ( polipy > 10 mm) |  |
| 8. | Kolonoskopia zabiegowa typ III ( polipy > 20 mm , mukosektomia ) |  |
| 9. | PEG |  |
| 10. | Rektoskopia diagnostyczna |  |
| 11 | Rektoskopia zabiegowa |  |
| 12. | ERCP diagnostyczna |  |
| 13. | ERCP zabiegowa typ I ( papilotomia, usuwanie złogów, usuwanie protezy ) |  |
| 14. | ERCP zabiegowa typ II ( zakładanie protezy prostej, poszerzenie dróg żółciowych ) |  |
| 15. | ERCP zabiegowa typ III ( proteza samorozprężalna ) |  |

7. Czas trwania umowy : od 01.01.2025 do 31.12.2029

8. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero specjalizacji

4) Ksero prawa wykonywania zawodu

5) Ksero polisy ubezpieczeniowej

6) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej

7) Zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej z Izb Lekarskich

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

Podpis oferenta

Załącznik Nr 5

OFERTA KONKURSOWA

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ W ZAKRESIE: LEKARZA EPIDEMIOLOGA W SZPITALU POWIATOWYM im. prof. Romana Drewsa w CHODZIEŻY

1. Oświadczam, że zapoznałem (am) się z treścią ogłoszenia , szczegółowymi warunkami konkursu ofert ( SWKO), wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń.

2. OFERENT:

Imię i nazwisko : ...........................................................................................

Adres: ...........................................................................................................

Nazwa podmiotu gospodarczego: ...................................................................

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

3. Oświadczam, że będę udzielał (a) świadczenia zdrowotne w Szpitalu Powiatowym w Chodzieży dysponując jego wyposażeniem.

4. Kwalifikacje zawodowe – dokumenty w załączeniu do oferty.

5. Czas pracy :

Poniedziałek / godz. …………………………………….

Wtorek /godz. ……………………………………………...

Środa / godz. ………………………………………………..

Czwartek / godz. …………………………………………..

Piątek / godz. ……………………………………………….

6. Propozycja cenowa:

Wartość miesięczna za świadczenia zdrowotne: ……………………………brutto

7. Czas trwania umowy : od 01.01.2025 do 31.12.2029

8. Załączniki:

1) Oferta Konkursowa

2) Ksero dyplomu

3) Ksero specjalizacji

4) Ksero prawa wykonywania zawodu

5) Ksero polisy ubezpieczeniowej

6) Ksero zaświadczenia o prowadzonej działalności gospodarczej

7) Zezwolenie na wykonywanie praktyki lekarskiej z Izb Lekarskich

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

Podpis oferenta

# 