

**Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu
Al. Legionów 10
41-902 Bytom**

OFERTA

Na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie Ambulatoryjnej Opieki Specjalistycznej w Poradniach Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 4 w Bytomiu

1. Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA

ADRES

REGON..... NIP

PESEL.....

TEL.

ADRES MAIL.....

I PAKIET – PORADNIE: NEUROLOGICZNA, ORTOPEDYCZNA, ONKOLOGICZNA

Proponuję następujące warunki :

- a.% wartości świadczenia zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ w zakresie AOS za świadczenia zrealizowane i zatwierdzone przez NFZ w danym miesiącu rozliczeniowym w zakresie AOS - porada specjalistyczna w Poradni

.....

- b.% wartości świadczenia zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ w zakresie AOS za świadczenia zrealizowane i zatwierdzone przez NFZ w danym miesiącu rozliczeniowym w zakresie AOS – programy zdrowotne (lekowe) w Poradni

.....

- c.% wartości świadczenia zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ w zakresie AOS za świadczenia zrealizowane i zatwierdzone przez NFZ w danym miesiącu rozliczeniowym w zakresie AOS – chemioterapia w Poradni

Deklarowany harmonogram pracy w poradni

pn	od godz.	do godz.
wt	od godz.	do godz.
Śr	od godz.	do godz.
czw.	od godz.	do godz.
pt.	od godz.	do godz.

II PAKIET – PORADNIA KARDIOLOGICZNA

Proponuję następujące warunki :

% wartości świadczenia zgodnie z obowiązującym Zarządzeniem Prezesa NFZ w zakresie AOS za świadczenia zrealizowane i zatwierdzone przez NFZ w danym miesiącu rozliczeniowym w poszczególnych świadczeń:

- wizyta W 15 -%,
- wizyta W 17 -%,
- wizyta W 13 -%,
- wizyta W 42 -%,
- wizyta W 46 -%,
- wizyta W 44-%,
- wizyta W 11 -%,
- wizyta W 40 -%,

Świadczenia KOS – zawał – 50%

(z dniem podpisania umowy traci moc porozumienie z dnia 24.10.2019 r. w sprawie dodatków KOS)

Deklarowany harmonogram pracy w poradni

pn	od godz.	do godz.
wt	od godz.	do godz.
Śr	od godz.	do godz.
czw.	od godz.	do godz.
pt.	od godz.	do godz.

3. Okres na jaki została złożona oferta

.....

4. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.
5. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
6. Oświadczam, że zapoznałam/tem się z ogłoszeniem oraz „ Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
7. Oświadczam , że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.
8. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie.
9. Do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.
10. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie całodobowych i ambulatoryjnych specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia gruźlicy i chorób płuc (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2019.1781) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

.....
miejsowość, data

.....
(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)