



## OFERTA

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej wraz z dyżurami lekarskimi w Oddziale Chirurgii Naczyniowej oraz w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Małoinwazyjnej, obejmujących udzielanie świadczeń zdrowotnych pacjentom SOR oraz udzielanie świadczeń zdrowotnych w Poradni Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej przez lekarza specjalistę w dziedzinie chirurgii naczyniowej**

### I. Dane oferenta:

1. Dane oferenta:.....
2. Imię i nazwisko, nazwa firmy. ....
3. Adres, siedziba firmy. ....
4. numer prawa wykonywania zawodu. ....
5. REGON. ....
6. NIP. ....
7. Telefon kontaktowy.....
8. E-mail .....

### II. Oferta cenowa:

1. ....zł/h za udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach podstawowej ordynacji lekarskiej w Oddziale Chirurgii Naczyniowej oraz w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Małoinwazyjnej (nie więcej niż 7 godzin 35 minut dziennie);
2. ....zł/h za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów 16-godzinnych w dniu roboczym oraz 24- godzinnych w niedziele, dni świąteczne i dni wolne od pracy w Oddziale Chirurgii Naczyniowej oraz w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Małoinwazyjnej;
3. .... zł/h za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie pełnienia dyżurów 16-godzinnych w dniu roboczym oraz 24-godzinnych w niedziele, dni świąteczne i dni wolne od pracy w Oddziale Chirurgii Naczyniowej oraz w Oddziale Chirurgii Ogólnej, Onkologicznej i Małoinwazyjnej wraz z udzielaniem

świadczeń zdrowotnych na odcinku chirurgicznym SOR w przypadku nieobecności lekarza na odcinku chirurgicznym SOR;

4. ....% wartości udzielonej porady w Poradni Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej rozliczonej z NFZ, wg ceny jednostkowej za punkt obowiązującej w dniu ogłoszenia rozstrzygnięcia konkursu, przyjmując że 1 pkt równa się 1,57 zł

Czas pracy w Poradni Chirurgii Naczyniowej i Ogólnej będzie odliczony od czasu pracy w ramach podstawowej ordynacji na oddziale.

**III.** Oferent oświadcza, że zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, szczegółowymi warunkami konkursu, ogólnymi warunkami umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych w USK w Opolu oraz projektem aktu umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnosi zastrzeżeń.

Opole, dnia. ....

.....

Podpis oferenta

**Potwierdzam zgodność kopii z dokumentem elektronicznym:**

Identyfikator dokumentu	5042.8231.5625
Nazwa dokumentu	Formularz ofertowy.doc
Tytuł dokumentu	Formularz ofertowy
Skrót dokumentu	3FF5ECA2DC8A2F4A24DE1FD8EC73CC6CC A36F385
Wersja dokumentu	1.0
Akceptacja	Gapińska Aleksandra, 08.02.2023 13:38:23, wersja 1.0 (Dyrektor ds. Ekonomicznych, Dyrektor ds. Ekonomicznych (DE), Dyrektor ds. Ekonomicznych (DE)) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
Akceptacja	Kucharski Andrzej, 08.02.2023 11:20:52, wersja 1.0 (Dyrektor ds. Lecznictwa, Dyrektor ds. Lecznictwa (DL), Dyrektor ds. Lecznictwa (DL)) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
	EZD 3.112.1.1.
Data wydruku:	09.02.2023 09:46:27
Autor wydruku:	Kreisner Magdalena w zastępstwie za Kreisner Magdalena (EM)