**Załącznik nr 3**

 **Proponowana kwota należności za dyżury:**

 **Dyżur medyczny w oddziałach Szpitalnych i Izby Przyjęć**

 **-w dni robocze od 15.00 do 7.00 dnia następnego,**

 **-w soboty, niedziele i święta od godz. 7.00 do 7.00 dnia następnego.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie**  | **Cena jednostkowa za świadczenie medyczne (cena brutto w zł)****1.** Za 1 godzinę pracy w dni powszechne**2**. Za jedna godzinę pracy w sobotę, niedziele i święta. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1.**  | **2.** |
| **1/** | **Dyżury w oddziałach szpitalnych+ IP** |  |  |
| **2/** | **Nocna i świąteczna stacjonarna i wyjazdowa opieka zdrowotna.** |  |  |

1.Oferujemy termin płatności do 14 dni, od chwili przekazania rachunku do zamawiającego za miesiąc poprzedni.

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

 Miejscowość, data podpis oferenta

Załączniki:

1/ zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

2/ wypis z KRS

3/ wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich

4/ nadanie numeru REGON

5/ nadanie numeru NIP

6/ dyplom lekarza

7/ prawo wykonywania zawodu

8/ dyplomy specjalizacji uprawniający do pracy na dyżurach zgodnie z wymogami NFZ.

9/ polisa ubezpieczeniowa OC

10/ lista osób świadczących usługi (łącznie z dokumentami poświadczającymi kwalifikacje-prawo

 wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji /

11/.Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy lekarza.

12/. aktualne zaświadczenie o ukończeniu szkolenia okresowego w zakresie bhp adekwatnego dla swojej

 grupy zawodowej, którą reprezentuje i której charakter pracy wiąże się z narażeniem na czynniki

 szkodliwe dla zdrowia, uciążliwe lub niebezpieczne albo z odpowiedzialnością w zakresie bhp.

\* *niepotrzebne skreślić*