**Załącznik nr 5**

**1. Proponowana kwota należności z ewentualną kalkulacją elementów należności:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Zakres oferowanej porady | 1.Wartość procentowa (%) za punkt rozliczeniowy  2.Wynagrodzenie za konsultację (cena brutto)  3.Wartość za 1 godzinę pracy w Poradni POZ  4.Wartość za jedno badanie profilaktyczne |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. Poradnia Specjalistyczna | 1 | 2 | 3. |
| 2. Konsultacja w oddziale |  |  |  |
| 3. POZ- Przychodnia Rejonowa |  |  |  |
| 4. Medycyna Pracy |  |  |  |

**2. Organizacja i proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradniach specjalistycznych i POZ**

1. Poradnia…………………………………………………………….., w Przychodni Rejonowo-Specjalistycznej Nr 1 w Myszkowie ul. Strażacka 45 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

2) Poradnia …………………………………/ w Przychodni Rejonowo-Specjalistycznej Nr 2 w Myszkowie ul. Partyzantów 21 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

3) Poradnia …………………………………/ w Przychodni Rejonowo-Specjalistycznej Nr 3 w Myszkowie ul. Wolności 29 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

4) Poradnia …………………………………/ w Przychodni Rejonowo-Specjalistycznej w Koziegłowach ul. 3-Maja 25 w godzinach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poniedziałek | od godz. | do godz. |
| Wtorek | od godz. | do godz. |
| Środa | od godz. | do godz. |
| Czwartek | od godz. | do godz. |
| Piątek | od godz. | do godz. |
| Sobota | od godz. | do godz. |

5. Oferujemy termin płatności do 14 dni od dnia przekazania rachunku do zamawiającego, każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.

6. Cena za prace w Poradni specjalistycznej i POZ w zależności od posiadanego stopnia specjalizacji.

…………………………………. ………………………………..

miejscowość, data podpis oferenta (pieczęć)

**Załączniki:**

1. Kserokopia aktualnego wpisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej.

2. Dane identyfikacyjne Oferenta: Regon , NIP – kserokopia.

3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, prawa wykonywania zawodu zawierająca numer oraz

dyplom specjalizacji z danej dziedziny.

4. Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzieleniem świadczeń, obejmujące przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW w zakresie przedmiotu obowiązywania na okres obowiązywania umowy.

5. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

6. Zaświadczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy lekarza.

7. 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.

Kserokopia aktualnego wpisu z KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji o działalności gospodarczej.