**ZAŁACZNIK NR 5**

**I. Proponowana kwota należności z ewentualną kalkulacją elementów**

 **należności:**

|  |  |
| --- | --- |
| 1.Zakres oferowanej porady  | 1.Wartość procentowa (%) za punkt rozliczeniowy2.Wynagrodzenie za konsultację (cena brutto)3.Wartosc za 1 godzinę pracy w Poradni POZ  |

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

1. Oferuję następującą dostępność dla pacjentów:
2. godziny dostępności do 15:00 (lub, i ) po 15:00.
3. Godziny dostępności od 8.00 do 18.00

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. |

3) 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. |

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

 miesiąc poprzedni.

5.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.

 **ZAŁACZNIK NR 5**

**I. Proponowana kwota należności za pracę w Poradni Zdrowia Psychicznego**

**i PLU i W od Alkoholu.**

**1.Praca psychologa i specjalisty w Poradni**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Poradnia Zdrowia Psychicznego****PLU i W od Alkoholu** | **% za jeden pkt rozliczeniowy** |
| **1.** | Porada Psychologiczna |  |
| **2.** | Porada PsychologicznaDiagnostyczno-terapeutyczna |  |
| **3.** | Porada terapeutyczno-diagnostyczna |  |
| **4.** | Sesja Psychoterapii Indywidualnej |  |
| **5** | Porada /Wizyta Terapeutyczna |  |
| **6** | Porada/Wizyta Diagnostyczna |  |

 **II. Kryteria oceny dodatkowej.**

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

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

 Miejscowość, data podpis oferenta

Załączniki:

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

2. Dane indentyfikacyjne Oferenta, Regon – kserokopia poświadczona

3. Kserokopia dyplomu ukończenia studiów, certyfikat ,kursy , zaświadczenia

4. Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy ubezpieczenia od

 odpowiedzialności cywilnej Oferenta za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń, obejmujące

 przypadki przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażeń wirusem HIV i WZW w zakresie przedmiotu.

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

 przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

 ZAŁACZNIK NR 5

I. Wykonywanie sekcji zwłok

1. Proponowana kwota należności za:

|  |  |
| --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie | Cena jednostkowa brutto za jedno badanie sekcyjne w zł) |
| 1. Sekcji zwłok |  |

Oferujemy termin płatności do 14 dni od daty przekazania rachunku do Zamawiającego każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

………………………………… ………………………………….

Miejscowość, data pieczęć i podpis oferenta

Załączniki:

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

 gospodarczej.

 2. Dane identyfikacyjne Oferenta, REGON – kserokopia.

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

 oraz dyplom specjalizacji z danej dziedziny/patomorfolog/

4. .Kopie polisy lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie przez Oferenta Umowy

 ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.

 5.Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej podmiotów wykonujących

 działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego.

 ZAŁACZNIK NR 5

**I. Wykonywanie prac protetycznych**

 **1. Proponowana kwota należności za:**

|  |  |
| --- | --- |
| Świadczenia zdrowotne w zakresie | Cena jednostkowa za świadczenie  medyczne  (cena brutto w zł) |
| 1. Naprawa protezy  |  |
| 2. Wykonanie protezy w zakresie 1-4 zębów |  |
| 3. Wykonanie protezy w zakresie 5-10 zębów |  |
| 4. Wykonanie protezy całkowitej  |  |

Oferujemy termin płatności do 14 dni od daty przekazania rachunku do Zamawiającego każdego miesiąca, za miesiąc poprzedni.

………………………………… ………………………………….

Miejscowość, data pieczęć i podpis oferenta

Załączniki:

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

 gospodarczej.

 2. Dane identyfikacyjne Oferenta, REGON – kserokopia.

 3. Kserokopię świadectwa właściwej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej dopuszczającej

 pracownię protetyczną do świadczenia usług.

 4. Dyplom potwierdzający wymagane kwalifikacje oraz zaświadczenia o ukończeniu

 wymaganych kursów.