**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ CENOWY**

**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych i pełnienie dyżurów w Oddziałach Szpitalnych**

**i Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

**Proponowana kwota należności w zakresie:**

**\*1.Udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Izbie Przyjęć Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29:**

**W dni robocze od 7:00 do 14:35**

|  |  |
| --- | --- |
| Zakres oferowanej porady | 1. Wartość brutto za 1 godzinę pracy   w zł brutto |
| 1. Udzielanie świadczenia pracy ( świadczeń zdrowotnych) w Oddziale Chorób Wewnętrznych |  |

**\*2. Pełnienia dyżurów w Oddziałach Szpitalnych i Oddziale Chorób Wewnętrznych Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

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

**-w niedziele, święta i dni wolne od pracy 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 robocze (powszechne)  **2**. Za jedna godzinę pracy w niedziele, święta i dni wolne od pracy. |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **1.** | **2.** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1/** | **Dyżury w Oddziale Chorób Wewnętrznych i Izbie Przyjęć Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.** |  |  |

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

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

Miejscowość, data podpis oferenta/pieczęć

\*Załączniki:

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

2/ wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich

3/ nadanie numeru REGON

4/ nadanie numeru NIP

5/ dyplom lekarza

6/ prawo wykonywania zawodu

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

8/ polisa ubezpieczeniowa OC

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

wykonywania zawodu, dyplom AM, dyplomy specjalizacji /

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

11/. 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*