**ZAŁACZNIK NR 5**

**I. 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.Wartosć za jedno badanie profilaktyczne. |

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

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.

7.Zaświaczenie od lekarza medycyny pracy o braku przeciwwskazań wykonywania pracy lekarza.

8. 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.