

Zabrze, dnia

.....
(nazwa)

.....
(adres)

.....
(NIP)

.....
(REGON)

.....
(telefon)

Oferta zawarcia umowy
o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Regulaminu oraz ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Działając jako podmiot wykonujący działalność leczniczą pod nazwą z siedzibą w, posiadając wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem przedstawiam ofertę zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie
3. Usługi medyczne będące przedmiotem niniejszego konkursu będą przeze mnie wykonywane wyłącznie w siedzibie ŚCCS w Zabrze.
4. Usługi zdrowotne będę wykonywał osobiście/będzie wykonywał w moim imieniu* posiadając następujące kwalifikacje:
.....
.....
5. Za świadczone przeze mnie usługi zdrowotne proponuję należności zgodnie z PAKIETEM nr oraz Załącznikiem do oferty.

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

*Niepotrzebne skreślić

KONTRAKT 2026

I. Wynagrodzenie ryczałtowe - zł

II. Wynagrodzenie godzinowe z zakresu Kardiologii:

1. Stawka za 1 godzinę usługi dyżuru stacjonarnego pełnionego w Oddziale (w przypadku dyżuru ostrego) lub w Izbie Przyjęć lub w Pracowni Hemodynamiki :

2.1 zwykłego - zł

2.2 świątecznego (soboty, niedziele, święta) - zł

2. Stawka za 1 godzinę usługi dyżuru stacjonarnego pełnionego w Oddziale (w przypadku dyżuru tępego)

3.1 zwykłego - zł

3.2 świątecznego (soboty, niedziele, święta) - zł

III. Wynagrodzenie zadaniowe z zakresu Kardiologii:

1. **Wynagrodzenie za wykonane oraz sprawozdane do rozliczenia porady w Poradni Kardiologicznej Dorosłych:**

a. Świadczenie w zakresie kardiologii pierwszorazowe/KOS – bilans opieki zł

b. Świadczenie w zakresie kardiologii kolejne (w tym teleporada) zł

Wynagrodzenie za porady jest wypłacane miesięcznie, należne Przyjmującemu Zamówienie udzielającemu i sprawozdającemu poradę do rozliczenia. Warunkiem wypłaty wynagrodzenia za porady jest sprawozdanie przez Przyjmującego Zamówienie wykonującego poradę do rozliczenia z płatnikiem w miesiącu, w którym jej udzielono. Za poradę niesprawozdaną do rozliczenia wynagrodzenie nie przysługuje.

2. **Wynagrodzenie za wykonane badania:**

a. Badanie UKG przezklatkowe wykonane w Pracowni UKG bud. B oraz w Poradni Kardiologicznej Dorosłych zł

b. Badanie UKG przezprzetykowe/obciążeniowe wykonane w Pracowni UKG bud. B oraz w Poradni Kardiologicznej Dorosłych zł

c. Odczytanie wyników Holtera zł

Wynagrodzenie za badania jest wypłacane miesięcznie Przyjmującemu Zamówienie, który:

- w zakresie UKG – wykonał i opisał badanie
- w zakresie Holtera – dokonał odczytu wyniku Holtra w terminie 14 dni od dnia jego założenia. Do odpłatności za dany miesiąc będzie brany pod uwagę stan odczytu holterów na dzień sporządzenia raportu. Raport będzie każdorazowo generowany do 2-go dnia roboczego następnego miesiąca.

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że w związku ze złożoną ofertę oddaję do dyspozycji Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrzu równowartość etatu w rozumieniu wymagań Narodowego Funduszu Zdrowia.

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że spełniam wymagania określone w pkt. III ust. 6 „Regulaminu konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w zakresie kardiologii” zgodnie z PAKIETEM nr

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Zabrze, dnia

.....
(Nazwisko i imię Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że na dzień składania przeze mnie oferty nie uległ zmianie stan potwierdzony następującymi dokumentami (odpowiednie zaznaczyć):

- a) kserokopia dyplomu ukończenia studiów medycznych ☐
- b) kserokopia prawa wykonywania zawodu ☐
- c) kserokopia dyplomu specjalizacji ☐
- d) wypis z ewidencji działalności gospodarczej lub KRS ☐
- e) dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wydruk księgi rejestrowej) w zakresie przedmiotu zamówienia ☐
- f) polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC ☐
- g) aktualne zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zadań lekarza ☐

.....
(podpis składającego oświadczenie)