Załącznik nr 1 do SWKO

**Formularz ofertowy – usługi lekarskie**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oddział Pediatrii i Neurologii Wieku Rozwojowego**  **Pakiet nr 1** | | |
|  | Cena |
| Świadczenie usług w dni robocze, w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy | ……zł brutto za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń*( słownie zł: ………………………..……..)* |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**  *(lekarze specjaliści)*  **Pakiet nr 2** | | | | | |
|  | | | | **Cena** | |
| Świadczenie usług w dni robocze, niedziele, święta i dni wolne od pracy | | | | …. zł brutto za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń  *(słownie zł: …………………………)* | |
| Znieczulenia w Pracowni Rezonansu Magnetycznego po godz. 15:00 | | | | ….. zł brutto za 1 (jedno) znieczulenie  *(słownie zł: …………………..………….)* | |
| |  |  | | --- | --- | | **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**  *(lekarze bez specjalizacji)*  **Pakiet nr 3** | | |  | **Cena** | | Świadczenie usług w dni robocze, niedziele, święta i dni wolne od pracy | …… zł brutto za1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń  *(słownie zł: …………………………… )* | | | | | | |
| **Oddział Neurochirurgii**  **Pakiet nr 4** | | | | | |
|  | | | | **Cena** | |
| Operacje kręgosłupa z użyciem implantów kręgosłupowych. | | | | ………. zł brutto / 1 zabieg,  (słownie zł: ……….…………) | |
| Endoskopowe operacje przysadki mózgowej drogą przez zatokę klinową | | | | ………. zł brutto / 1 zabieg,  (słownie zł : ……………..) | |
| Świadczenie usług w dni robocze, w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy | | | | ……zł brutto za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń*( słownie zł: ………………………..……..)* | |
| **Oddział Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej**  **Pakiet nr 5** | | | | | |
|  | Cena | | | |
| Gotowość do udzielania świadczeń z zakresu chirurgii kręgosłupa | ………. zł brutto / miesiąc kalendarzowy*( słownie zł: ……………)* | | | |
| Zabieg z zakresu chirurgii kręgosłupa | …………. zł brutto /1 pacjent *( słownie zł: ……………… )* | | | |
| **Oddział Chirurgii i Urologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego**  **Pakiet nr 6**  Usługi lekarskie z zakresu chirurgii naczyniowej | | | | | |
| Cena | | | | |
| Konsultacja | …………. zł brutto za usługę  *( słownie zł: ………………..)* | | | |
| 20% wartości procedur z zakresu chirurgii naczyniowej | | | | |
| **Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego**  **Kierownik Oddziału**  **Pakiet nr 7** | | | | |
|  | | | **Cena** | |
| Świadczenie usług w dni robocze  w godzinach od 700 do 1500 oraz od 1500 do 700.  Świadczenie usług w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy. | | | … złza 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń*( słownie zł: ……………….)* | |
| **Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego**  **Zastępca Kierownika Oddziału**  **Pakiet nr 8** | | | | |
|  | | | **Cena** | |
| Świadczenie usług w dni robocze  w godzinach od 700 do 1500 oraz od 1500 do 700.  Świadczenie usług w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy. | | | … zł za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń *( słownie zł: …………………..)* | |
| **Oddział Otolaryngologii z Pododdziałem Leczenia Krótkoterminowego**  *(lekarze specjaliści)*  **Pakiet nr 9**   |  |  | | --- | --- | | Świadczenie usług w godzinach ordynacji. | …………….. zł brutto za 1(jedną) godzinę udzielanych świadczeń  *( słownie : …………..……….…………… zł )* | | Świadczenie usług w dni robocze, w soboty, niedziele, święta i dni wolne od pracy | ………………… zł brutto za 1 (jedną) godzinę udzielanych świadczeń  *( słownie : ……………………..………zł )* | | | | | |
| **Poradnie Specjalistyczne Przyszpitalne – Poradnia Neurologiczna**  **Pakiet nr 10** | | | | |
|  | | **Cena** | | |
| Świadczenie usług w dni robocze  w godzinach zgłoszonych do NFZ | | …… % wartości rozliczonej grupy  z uwzględnieniem współczynnika za wiek | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Poradnie Specjalistyczne Przyszpitalne – Poradnia Laryngologiczna**  **Pakiet nr 11** | |
|  | **Cena** |
| Świadczenie usług w dni robocze  w godzinach zgłoszonych do NFZ | ……. % wartości rozliczonej grupy  z uwzględnieniem współczynnika za wiek |
| **Gabinet Diagnostyczno-Zabiegowy przy SOR**  **Pakiet nr 11 a** | |
| Świadczenie usług przez lekarza specjalistę w dni robocze w godzinach od 15:00 do 20:00 | …….. zł brutto za jedną godzinę udzielanych świadczeń  *( słownie : ……………zł* |
| Świadczenie usług przez lekarza w trakcie specjalizacji w dni robocze w godzinach od 15:00 do 20:00 | …….. zł brutto za jedną godzinę udzielanych świadczeń  *( słownie : ……………zł* |

**Formularz ofertowy – usługi pielęgniarskie**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | **Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii**  **Pakiet nr 12** | | |  | **Cena** | | Świadczenie usług pielęgniarskich | ………. zł brutto za 1 (jedną) godzinę świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  *(słownie zł: …………….………….……… )* | | |
| |  |  | | --- | --- | | **Oddział Kardiochirurgii Dziecięcej**  **Pakiet nr 13** | | |  | **Cena** | | Świadczenie usług pielęgniarskich | …………… zł brutto za 1 (jedną) godzinę świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  *(słownie zł: ………………………………………)* | | |
| **Zakład Diagnostyki Obrazowej i Radiologii Zabiegowej**  **Pakiet nr 14** | |
|  | **Cena** |
| Świadczenie usług pielęgniarskich | ……… zł brutto za 1 (jedną) godzinę świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  *(słownie zł: ………………………………)* |
| **Blok Operacyjny**  **Pakiet nr 15** | |
|  | **Cena** |
| Świadczenie usług pielęgniarskich | ………zł brutto za 1 (jedną) godzinę świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  *(słownie zł: ………………………………….)* |

**Formularz ofertowy – usługi ratownictwa medycznego**

|  |  |
| --- | --- |
| **Szpitalny Oddział Ratunkowy**  **Pakiet nr 16** | |
|  | **Cena** |
| Świadczenie ratownictwa medycznego | ……. zł brutto za 1 (jedną) godzinę świadczenia usług zdrowotnych pielęgniarskich  *(słownie zł: ………………………….. )* |

Pieczęć Oferenta