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