Załącznik nr 1

|  |
| --- |
|  FORMULARZ OFERTOWY W KONKURSIE OFERT NA UDZIELANIE  ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE:  ……………………………………….  |

Imię i nazwisko/nazwa……………………………………………………………………………

PESEL…………………………………...nr prawa wykonywania zawodu………………………

Księga rejestrowa……………………………………………………………………………………..

Wpis do CEIDG jako…………………………………………………………………………….

NIP………………………………………………. REGON…………………………………..

nr telefonu………………………………………

nr rachunku bankowego…………………………………………………………………………….

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie……………………

……………………………………………………… podmiotu leczniczego „Zespół Opieki Zdrowotnej „ w Kłodzku ul. Szpitalna 1a.

Za realizację zamówienia oczekuję należności wg następującej kalkulacji:

**za pojedynczą poszczególną procedurę medyczną :**

1). Diagnostyka inwazyjna zaburzeń rytmu serca (E44) - wynagrodzenie wynosi……...

2). Ablacja zaburzeń rytmu ( E43) -wynagrodzenie wynosi…………………..

3). Ablacja migotania przedsionków- izolacja żył płucnych ( E48) - wynagrodzenie wynosi……………..

4). Wszczepienie /wymiana rozrusznika jednojamowego (E31)- wynagrodzenie wynosi…………….

5). Wszczepienie /wymiana rozrusznika dwujamowego (E32) wynagrodzenie wynosi………

6). Wszczepienie / wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca/CRT/ (E33)

wynagrodzenie wynosi………...

7). Wszczepienie / wymiana kardiowertera- defibrylatora jedno- /dwujamowego (E34)

wynagrodzenie wynosi……………...

8). Wszczepienie / wymiana CRT-d >17r.ż(E36) wynagrodzenie wynosi………...

Zobowiązuję się do wykonywania **obowiązków lekarza** w dniach i godzinach uzgodnionych z Zamawiającym.

Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury

i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Zamawiającego.

Oferuję zawarcie umowy o udzielanie zamówienia na świadczenia zdrowotne zgodnie z treścią

ogłoszenia o konkursie ofert w zakresie………………………………………………………….

w oparciu o regulacje ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

(Dz.U z 2019r. poz 537 ze zm.).

 Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi

warunkami konkursu ofert, projektem umowy, z przepisami z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej / Dz. U. z 2021r. poz.711 z poźn. zm. / oraz Ustawy z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych /Dz.U. z 2021r. poz. 1285, z późn. zm./,

oraz przepisami ustawy z z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

(Dz.U z 2019r. poz 537 ze zm.).

…………….. ………………………………...

miejscowość i data podpis