

**Zakres rzeczowo –finansowy oferty**  
*(wypełnić tylko tą tabelę, która odpowiada zakresowi oferty)*

**1. LEKARZA OKULISTY– KONSULTACJE W PORADNI OKULISTYCZNEJ:**

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Czas, w którym usługa będzie realizowana licząc od momentu zgłoszenia	Wynagrodzenie w zł za jedną konsultację
1	Konsultacje w Poradniach okulistycznych		

**Harmonogram czasu pracy**

Harmonogram czasu pracy	Wymiar czasu pracy od	Wymiar czasu pracy do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

**2. LEKARZA OKULISTY– KONSULTACJE NA RZECZ MEDYCZYNY PRACY:**

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Wynagrodzenie w zł za jedną konsultację
1	Konsultacje na rzecz Medycyny Pracy	

**Harmonogram czasu pracy**

Harmonogram czasu pracy	Wymiar czasu pracy od	Wymiar czasu pracy do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

**3. LEKARZA OKULISTY – KONSULTACJE DLA HOSPITALIZOWANYCH PACJENTÓW AKADEMICKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO:**

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Czas, w którym usługa będzie realizowana licząc od momentu zgłoszenia	Wynagrodzenie w zł za jedną konsultację
1	Konsultacje dla hospitalizowanych pacjentów Akademickiego Szpitala Klinicznego		

### Harmonogram czasu pracy

Harmonogram czasu pracy	Wymiar czasu pracy od	Wymiar czasu pracy do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		

#### 4. LEKARZA OTOLARYNGOLOGA, LEKARZA BEZ SPECJALIZACJI – REALIZOWANYCH W RAMACH ORDYNACJI PODSTAWOWEJ ORAZ DYŻÓRÓW MEDYCZNYCH LUB TYLKO W RAMACH DYŻÓRÓW MEDYCZNYCH:

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Oferowana liczba godzin miesięcznie w podstawowej ordynacji czasu pracy	Proponowana stawka godzinowa brutto
1	świadczenie usług medycznych w podstawowej ordynacji czasu pracy (tj. w zakresie godzin pracy od 7.30 do 15.05)		
2	Dyżur zwykły 16,25 h/dobę (świadczony od poniedziałku do piątku)		
3	Dyżur zwykły 24 h/dobę (świadczony w sobotę)		
4	Dyżur zwykły 24 h/dobę (świadczony w niedzielę i święta)		

#### 5. LEKARZA OTOLARYNGOLOGA – WYKONYWANIE OPERACYJNYCH ZABIEGÓW USZU DLA AKADEMICKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO:

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Proponowana stawka godzinowa brutto
1	Konsultacje dla hospitalizowanych pacjentów Akademickiego Szpitala Klinicznego	

### Harmonogram czasu pracy

<b>Harmonogram czasu pracy</b>	<b>Wymiar czasu pracy od</b>	<b>Wymiar czasu pracy do</b>
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

**6. LEKARZA SPECJALISTY GASTROENTEROLOGA – W RAMACH PORADNI GASTROENTEROLOGICZNEJ AKADEMICKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO:**

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Proponowana stawka godzinowa brutto
1	Konsultacje dla hospitalizowanych pacjentów Akademickiego Szpitala Klinicznego	

**Harmonogram czasu pracy**

<b>Harmonogram czasu pracy</b>	<b>Wymiar czasu pracy od</b>	<b>Wymiar czasu pracy do</b>
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

**7. LEKARZA CHIRURGA DZIECIĘCEGO, ENDOKRYNOLOGA DZIECIĘCEGO, GASTROENTEROLOGA DZIECIĘCEGO, LEKARZA SPECJALISTY CHOROÓB ZAKAŹNYCH DLA DZIECI, HEMATOLOGA I ONKOLOGA DZIECIĘCEGO - KONSULTACJE DLA HOSPITALIZOWANYCH PACJENTÓW AKADEMICKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO:**

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Proponowana stawka godzinowa brutto
1	Konsultacje dla hospitalizowanych pacjentów Akademickiego Szpitala Klinicznego	

**Harmonogram czasu pracy**

Harmonogram czasu pracy	Wymiar czasu pracy od	Wymiar czasu pracy do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

**8. KONSULTACJE I ŚWIADCZENIA Z ZAKRESU TORAKOCHIRURGII – DLA HOSPITALIZOWANYCH PACJENTÓW AKADEMICKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO WYKONYWANYCH NA TERENIE AKADEMICKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO:**

Lp.	Przedmiot usługi medycznej	Proponowana stawka godzinowa brutto
1	Konsultacje i świadczenia z zakresu torakochirurgii dla hospitalizowanych pacjentów Akademickiego Szpitala Klinicznego wykonywanych na terenie Akademickiego Szpitala Klinicznego	

**Harmonogram czasu pracy**

Harmonogram czasu pracy	Wymiar czasu pracy od	Wymiar czasu pracy do
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		
Piątek		
Sobota		
Niedziela		

Uwagi dodatkowe (w przypadku konieczności zawarcia dodatkowych informacji):

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

data i podpis Oferenta

**Wykaz koniecznych do załączenia dokumentów (kserokopie potwierdzone przez Oferenta):**

- 1. Dyplom osób świadczących usługi**
- 2. Prawo wykonywania zawodu osób świadczących usługi**
- 3. Pozwolenie na prowadzenie Indywidualnej Praktyki Lekarskiej lub pielęgniarskiej (właściwa Izba Lekarska lub Pielęgniarska), w przypadku ZOZ-u – decyzja o wpisie do właściwego rejestru**
- 4. Polisa OC**
- 5. Decyzja nadania numeru NIP**
- 6. Decyzja nadania numeru Regon**
- 7. Wpis do ewidencji działalności gospodarczej**