

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

1. DLA LEKARZA DERMATOLOGA W ZAKRESIE UDZIELANIA KONSULTACJI DLA HOSPITALIZOWANYCH PACJENTÓW WE WSZYSTKICH KLINIKACH 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 dermatologiczne na rzecz hospitalizowanych pacjentów we wszystkich klinikach Akademickiego Szpitala Klinicznego | | |

Harmonogram czasu pracy

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

2. DLA LEKARZA NEUROLOGA W ZAKRESIE UDZIELANIA KONSULTACJI DLA HOSPITALIZOWANYCH PACJENTÓW W WYSZCZEGÓLNIONYCH KLINIKACH 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 neurologiczne na rzecz hospitalizowanych pacjentów w wyszczególnionych klinikach Akademickiego Szpitala Klinicznego | | |

Harmonogram czasu pracy

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

3. DLA LEKARZA PEDIATRY W RAMACH AKADEMICKIEJ PRZYCHODNI SPECJALISTYCZNEJ

| | | |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|
| Lp. | Przedmiot usługi medycznej | Wynagrodzenie w wymiarze % stawki płaconej przez NFZ |
| 1 | Świadczenie usług medycznych przez lekarza pediatrę w ramach Akademickiej Przychodni Specjalistycznej | |

Harmonogram czasu pracy

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

4. DLA LEKARZA SPECJALISTY Z ZAKRESU MEDYCZYNY RATUNKOWEJ – REALIZOWANE W SZPITALNYM ODDZIALE RATUNKOWYM AKADEMICKIEGO SZPITALA KLINICZNEGO-PRACA W SYSTEMIE ZMIANOWYM

| | | | |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Lp. | Przedmiot usługi medycznej | Czas, w którym usługa będzie realizowana licząc od momentu zgłoszenia | Wynagrodzenie w zł za jedną godz. |
| 1 | Świadczenie usług medycznych przez lekarza specjalistę z zakresu medycyny ratunkowej - realizowane w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym ASK– w systemie zmianowym | | |

5. DLA LEKARZA SPECJALISTY Z ZAKRESU CHIRURGII ONKOLOGICZNEJ.

| | | | |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------|
| Lp. | Przedmiot usługi medycznej | Czas, w którym usługa będzie realizowana licząc od momentu zgłoszenia | Wynagrodzenie w zł za jedną godz. |
| 1 | Świadczenie usług medycznych przez lekarza specjalistę z zakresu chirurgii onkologicznej | | |

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