Załącznik nr 1 „Regulaminu konkursu ofert”

Bytom, dnia ……………

***Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 4 w Bytomiu***

***Al. Legionów 10***

***41-902 Bytom***

**OFERTA**

**na udzielanie przez lekarzy świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

a. wykonywania i opisywania badań neurofizjologicznych (EMG),

b. opisywania badań elektroencefalografii (EEG),

c. konsultacji w dziedzinie kardiologii na rzecz pacjentów hospitalizowanych

w Oddziale Neurologii,

d. konsultacji w dziedzinie rehabilitacji medycznej,

e. konsultacji w dziedzinie torakochirurgii,

f. oceny cytologicznej i histopatologicznej materiału pobieranego z układu oddechowego

w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym nr 4 w Bytomiu

1.Dane Oferenta:

NAZWA OFERENTA ………………………………………………………………………………………………………………………

ADRES ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

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

PESEL…………………………………………………………………..

TEL. …………………………………………………………………….

ADRES MAIL………………………………………………………

**Proponuję następujące warunki :**

**a. wykonywania i opisywania badań neurofizjologicznych (EMG):**

przewodzenie ruchowo – czuciowe z falą F/ 1 kończyna ………………………………… zł

przewodzenie ruchowo – czuciowe z falą F/ 2 kończyny ………………………………… zł

przewodzenie ruchowo – czuciowe z falą F/ 1 kończyna górna ze splotem barkowym ……………….. zł

EMG 1 mięśnia …………………………. zł

EMG każdy kolejny mięsień ……………………….. zł

próba miasteniczna …………………….. zł

badanie w kierunku polineuropatii …………………………. zł

badanie w kierunku cieśni nadgarstka/ 1 kończyna ……………………………. zł

badanie w kierunku cieśni nadgarstka/ 2 kończyny ………………………………… zł

próba tężyczkowa …………………………. zł

nerw twarzowy ……………………………… zł

nerw udowy …………………………………. zł

**b. opisywania badań elektroencefalografii (EEG):**

za 1 badanie standardowe EEG - ……………………………… zł

za 1 badanie przedłużone EEG - ………………………………… zł

za 1 badanie Holter EEG - …………………………………………… zł

**c. konsultacje w dziedzinie kardiologii na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Oddziale**

**Neurologii** - …………………………….. zł za każdą udzieloną konsultację medyczną w

dziedzinie kardiologii

**d. konsultacje w dziedzinie rehabilitacji medycznej** -………………………………………………….. zł

za każdą udzieloną konsultację medyczną w dziedzinie rehabilitacji medycznej

**e. konsultacje w dziedzinie torakochirurgii** - …………………………………………. zł za każdą konsultację

w dziedzinie torakochirurgii

**f. ocena cytologiczna i histopatologiczna materiału pobieranego z układu oddechowego** - ………………………………………… zł.

3. Okres na jaki została złożona oferta ....................................................................................................................................................

4. Oświadczam, że wzór załączonej umowy został przeze mnie zaakceptowany.

1. Oświadczam, że uważam się za związaną/ego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu do składania ofert.
2. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z ogłoszeniem oraz „ Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam , że będę kontynuował /a ubezpieczenie OC w roku ................ tj. do końca terminu obowiązywania przedmiotowej umowy.
4. Oświadczam, że stan prawny określony w dokumentach na dzień składania oferty nie uległ zmianie.
5. Do formularza oferty dołączam dokumenty zgodnie z punktem ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert”.
6. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych w zakresie realizacji konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych (zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych (Dz. Ustaw z 2018, poz. 1000) oraz zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO)).

……………………………

miejscowość, data

…………………………………………………..............

(podpis osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)