**Oferta na świadczenie usług medycznych : świadczenie usług lekarskich w zakresie nadzoru nad domową wentylacja mechaniczną na terenie działania SP Zespołu Opieki Paliatywnej im. Jana Pawła II w Suwałkach.**

1. **Dane oferenta:**

1. Imię i nazwisko / nazwa zakładu opieki zdrowotnej .....................................................................................................................

2.Adres ........................................................................................................

3.Numer wpisu do rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.......................................................................................................................

4.REGON......................................................................................................................

5.NIP...............................................................................................................................

6.Numer PWZ.................................................................................................................

7.Numer Polisy ubezpieczeniowej OC..........................kwota ubezpieczenia...........

8.Data ważności Polisy Ubezpieczeniowej............................................................

Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczenia zdrowotne.

1. Wykształcenie.............................................. zawód..........................................................

2. Staż pracy w zawodzie ....................................................................................................

3.Staż pracy związany z wykonywaniem usług medycznych na rzecz chorych terminalnym i przewlekle chorych ..............................................................................

4.Posiadane specjalizacje, szkolenia ...........................................................................

….......................................................................................................................................

5.Posiadany sprzęt medyczny / sprzęt do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej/ , środki transportu, łączności,.........................................................................................

...........................................................................................................................................

...........................................................................................................................................

6. Określenie dostępności do usług medycznych …...............................................................

7. Określenie miejsca udzielania usług medycznych......................................................

1. Liczba osób udzielających świadczeń medycznych.................................................
2. Proponowana kwota należności za świadczenia medyczne:

Cena nadzoru nad jednym pacjentem w ciągu 1 miesiąca pomniejszona o czas pobytu w szpitalu...........................zł

Uwaga : Do ofert proszę dołączyć: Prawo wykonywania zawodu, REGON, NIP, Polisę OC , Dyplom, Specjalizacje, kursy, wpis do rejestru .

Podpis i pieczęć oferenta