**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 1 - Oddział Neonatologii-** **specjalista neonatolog**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistę neonatologa w Oddziale Neonatologii |   |  |  |  |
| a) 15:00 – 7:25 w dni powszednie (dyżur) | 852 godzin  |  |  |  |
| b) 7:25 – 7:25 w dni wolne (dyżur ) | 648 godzin |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 2. Oddział Okulistyczny i Poradnia Okulistyczna – specjalista okulistyki lub I st. okulistyki**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistę okulistyki w Oddziale i Poradni Okulistycznej* + 1. 7:30 – 19: 30 w dni powszednie
 |  996 godzin |  |  |  |
| b) 7:30 – 7:30 w dni wolne | 288 godzin  |  |  |  |
| c) 19:30 – 7:30 w dni powszednie (dyżur pod  telefonem) | 576 godzin |  |  |  |
| d) zgodnie z harmonogramem zgłoszonym do  NFZ | 48 godzin  |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 3 – Pielęgniarka/pielęgniarz w oddziałach szpitalnych**

Pakiet 1 - Szpitalny Oddział Ratunkowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarza w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym  |  6480 godzin |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 3 – Pielęgniarka/pielęgniarz w oddziałach szpitalnych**

Pakiet 2 - Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę/pielęgniarzaOddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii | 1440 godzin |  |  |  |

................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY – Zakres 4 – Ratownik medyczny w oddziałach szpitalnych /SOR**

Pakiet 1 - Szpitalny Oddział Ratunkowy

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 24 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w SOR  |  4440 godzin |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY – Zakres 4 – Ratownik medyczny w oddziałach szpitalnych /SOR**

Pakiet 2 – Oddział Chirurgii Ogólnej

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 24 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez ratownika medycznego w Oddziale Chirurgii Ogólnej  |  3480 godzin |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY – Zakres 5- Oddział Ginekologii i położnictwa- położna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologii i Położnictwa - położna | 2040 godzin |  |  |  |

................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY – Zakres 6- Oddział Neonatologii- położna**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Neonatologii - położna | 1020 godzin |  |  |  |

................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY – Zakres 7- Oddziały szpitalne- psycholog**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale wPsychiatrycznym, Oddziale Pediatrycznym, Pododdziale Chemioterapii i innych komórkach organizacyjnych WSP S.A. | 1050 godzin |  |  |  |

................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 8. Oddział Pediatrii – lekarz w trakcie specjalizacji z pediatrii**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 godz. brutto . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Pediatrii |  |  |  |  |
| a) 15:00 – 7:25 w dni powszednie | 591,12 godzin  |  |  |  |
| b) 7:25 – 7:25 w dni świąteczne | 288 godzin |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)

**FORMULARZ CENOWY –– Zakres 9 – Poradnia Endokrynologiczna.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Maksymalna** ilość godz. do przepracowania w okresie trwania umowy (w okresie 12 miesięcy) | Proponowana przez Oferenta ilość godzin | Stawka wynagrodzenia za 1 m-c (ryczałt) . | Wartość w okresie 12 miesięcy |
| Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez specjalistę Endokrynologa w Poradni Endokrynologicznej zgodnie z harmonogramem zgłoszonym do NFZ w wymiarze 36:20 godz. tygodniowo | 1920 godz. |  |  |  |

  ................................dnia.............................. . …………........................................................

 (podpis i pieczęć Oferenta)