**Załącznik nr 3**

**FORMULARZ CENOWY**

**na świadczenia medyczne w Oddziale Kardiologii, Pracowni Hemodynamiki, Oddziale Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego oraz Pracowni Elektrofizjologii Szpitala Powiatowego w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Świadczenia zdrowotne w zakresie:**  | **Wynagrodzenie za świadczenie medyczne** **( max 75 % wartości świadczenia zgodnie z wyceną NFZ)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **Zaoferowana wartość wynagrodzenia** **w (%)**  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. | Zabezpieczenie obsady równoważnika co najmniej dwóch etatów lekarzy kardiologów. |  |  |
| 2. | Zabezpieczenie całodobowej obsady lekarskiej we wszystkie dni tygodnia w OINK. |  |  |
| 3.  | Zabezpieczenie całodobowej obsady lekarskiej i pielęgniarki we wszystkie dni tygodnia w Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii. |  |  |
| 4.  | Zabezpieczenie całodobowej obsady technika RTG i pielęgniarki w Pracowni Hemodynamiki i Elektrofizjologii. |  |  |
| 5. | Zabezpieczenie w wymiarze 0,2 etatu lekarza kardiologa dla potrzeb poradni rehabilitacji kardiologicznej po jej uruchomieniu. |  |  |

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

 Miejscowość, data podpis oferenta

Załączniki:

1/ zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

2/ wypis z KRS

3/ wpis do rejestru prywatnych praktyk lekarskich

4/ nadanie numeru REGON

5/ nadanie numeru NIP