



Zapytanie ofertowe

W związku z realizacją przez Wrocławskie Centrum Zdrowia Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej świadczeń zdrowotnych w zakresie kardiologii, tj. diagnostyka nieinwazyjnej w pracowni kardiologicznej oraz porady/konsultacje kardiologiczne zwracam się z prośbą o przedstawienie oferty na wykonywanie ww. świadczeń usługobiorcom w ramach prowadzonej przez Zamawiającego odpłatnej działalności leczniczej na podstawie art. 55 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej

Zamawiający:

Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, Dział Sprzedaży, 53-208 Wrocław,
ul. Podróżnicza 26/28, tel. 71 391 17 57, 71 391 17 50, metorg@spzoz.wroc.pl

Opis przedmiotu zamówienia:

Przedmiotem zamówienia jest:

- udzielanie porad/konsultacji kardiologicznych,
- wykonywanie nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej.

Szczegółowe warunki zamówienia:

Miejsce realizacji zlecenia:

Przychodnia Stare Miasto, pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław

Termin realizacji zlecenia (przedmiotu zamówienia):

01.08.2018 do 31.07.2019.

Oczekiwany tygodniowy czas pracy:

5 godzin

Warunki jakie musi spełniać Zleceniobiorca:

1. wykształcenie kierunkowe: lekarz specjalista w zakresie kardiologii lub lekarz specjalista w dziedzinie hipertensjologii z minimum 5 letnim doświadczeniem w pracy w oddziale kardiologicznym
2. minimum 2-letnie doświadczenie przy udzielaniu świadczeń wyżej wymienionych,
3. doświadczenie w zakresie diagnostyki i poradnictwa kardiologicznego,
4. posiadanie aktualnej polisy OC w przedmiotowym zakresie

Oferty proszę zgłaszać osobiście, e-mailem lub listownie w formie pisemnej na druku formularza ofertowego.

Miejsce i czas złożenia oferty: Wrocławskie Centrum Zdrowia SP ZOZ, ul. Podróżnicza 26/28; 53-208 Wrocław, sekretariat 8.00-15.00, sekretariat@spzoz.wroc.pl

Oferty przyjmowane są **do 17 lipca 2018 do godziny 12:00.**

Załącznik:

Formularz ofertowy

Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia:

Przeprowadzanie nieinwazyjnych kardiologicznych badań diagnostycznych oraz udzielanie porad/konsultacji z zakresu kardiologicznego. Przedmiotowe świadczenia będą realizowane dla pacjentów potrzebujących i deklarujących skorzystanie z ww. świadczeń, zamieszkałych na terenie Miasta Wrocławia i poza nim. Celem realizacji usług zdrowotnych z zakresu kardiologii jest rozszerzenie dotychczasowej oferty świadczeń zdrowotnych W CZ SPZOZ, a następnie zwiększenie działań prewencyjnych w zakresie chorób układu krążenia diagnostyka zaburzeń rytmu serca, ocena czynników predysponujących do ich występowania oraz podejmowanie działań leczniczych zmniejszających ryzyko występowania lub pogłębiania się stanu zdrowotnego pacjenta.

Lekarza specjalistę kardiologa obowiązuje prowadzenie dokumentacji medycznej i sprawozdawczości związanej z realizacją usług.

Sprawę prowadzi: Moniak Szcześniak tel.71 391 17 57



FORMULARZ OFERTOWY

1. Realizacja zlecenia:

przeprowadzanie nieinwazyjnej diagnostyki kardiologicznej oraz porad/konsultacji z zakresu kardiologii w lokalizacji:

Przychodnia Stare Miasto , pl. Dominikański 6, 50-159 Wrocław

2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:

.....

3. Adres:

miejsowość

.....

kod pocztowy

.....

ulica i numer lokalu

.....

telefon

.....

e-mail

4. PESEL:

5. NIP:

6. Regon:

7. Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

.....

.....

8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:

.....

.....

.....

9. Oferowana kwota netto=brutto, za:

– porada/konsultacja kardiologiczna-.....(słownie:.....)

– porada kardiologiczna (kolejna w ciągu 3 m-cy)-.....(słownie:.....)

– USG serca (echokardiografia)-(słownie:.....)



- opis/interpretacja zapisu EKG spoczynkowego.....(słownie:.....)
- EKG wysiłkowe-(słownie:.....)
- opis/interpretacja odczytu Holtera EKG (klasyczny 3-kanalowy)-.....(słownie:.....)
- opis/interpretacja odczytu Holter EKG (12-odprowadzeniowy)-.....(słownie:.....)
- opis/interpretacja odczytu Holtera ciśnieniowego-.....(słownie.....)
- porada/konsultacja+USG serca-(słownie:.....)

10.Oferowana dostępność:

do świadczeń realizowanych w ramach realizowanej przez Przyjmującego zamówienie działalności leczniczej:

- poniedziałek godz. od do.....
- wtorek godz. od do.....
- środa godz. od do.....
- czwartek godz. od do.....
- piątek godz. od do.....

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu. W załączeniu przekazuję uwierzytelnione kopie ubezpieczenia OC oraz Zaświadczenia lekarskiego z zakresu badań medycyny pracy.

data: pieczęć i podpis oferenta: