Załącznik nr 2

Dane Oferenta:

FORMULARZ CENOWY
dla lekarzy k/m (kobieta/mężczyzna dalej zwanych jako „k/m")
i lekarzy dentystów k/m

I. Stawki godzinowe za świadczenia w ramach niżej wymienionych komórek organizacyjnych:

Komórka organizacyjna	Stawka				
	Świadczenie usług zdrowotnych w dni powszednie w godz. dopołudniowych	Świadczenie usług zdrowotnych w dni powszednie w ramach dyżurów	Świadczenie usług zdrowotnych w dni wolne od pracy w ramach dyżuru	Pozostawanie w gotowości do świadczenia usług zdrowotnych w dni powszednie	Pozostawanie w gotowości do świadczenia usług zdrowotnych w dni wolne od pracy
Oddział ginekologiczno-położniczy				x	x
Oddział anestezjologii i intensywnej terapii				x	x
Oddział pediatryczny					
Oddział kardiologiczny				x	x
Oddział urologiczny					
Oddział otolaryngologiczny				x	x
Oddział chemioterapii jednego dnia				x	x
Oddział chorób wewnętrznych				x	x
Oddział chirurgii ogólnej					
Szpitalny oddział ratunkowy				x	x
Pracownia Endoskopii					
Podstawowa opieka zdrowotna				x	x
Podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej				x	x
Podstawowa Opieka Zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej – zespoły wyjazdowe				x	x

II. Świadczenie usług w poradniach specjalistycznych/konsultacje

Nazwa poradni/komórka organizacyjna	**Warunki finansowania (% stawki oferowanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla wskazanego zakresu udzielania świadczeń)**
1.	
2.	

3.	
4.	
5.	

III. Wykonywanie badań diagnostycznych i wysokospecjalistycznych świadczeń/zabiegów

Rodzaj badania/świadczenia	Warunki finansowania
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

IV. Inne

Pozostałe świadczenia/ dodatki itp.	Warunki finansowania
1.	
2.	
3.	

1. Deklarowana minimalna liczba godzin do przepracowania w ciągu miesiąca w ramach godzin dopołudniowych (zaznaczyć właściwe): *

- ☐ < 95,5 godzin (mniej niż 3 dni w tygodniu)
- ☐ 95,5 – 160 godzin (zakres od 3 do 5 dni w tygodniu)
- ☐ 160 godzin (5 dni w tygodniu)

2. Deklarowana minimalna liczba godzin do przepracowania w ciągu miesiąca w ramach godzin dyżurowych (zaznaczyć właściwe):

- ☐ < 73 godziny
- ☐ 73 – 146 godzin
- ☐ ≥ 146 godzin

....
(data i miejsce) (podpis oferenta)

*wypełnić w przypadku udzielania świadczeń w ramach godzin dopołudniowych