



FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, SIWZ oraz warunkami przystąpienia do konkursu w zakresie świadczeń:*
- Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów poradni specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich: świadczenia lekarza opieki zdrowotnej w **poradni endokrynologicznej**.
- Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów poradni specjalistycznych Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich: świadczenia lekarza opieki zdrowotnej w **poradni kardiologicznej**.
2. Informacja o Oferencie
 - a. Imię i Nazwisko lub nazwa Oferenta
.....
 - b. Rodzaj praktyki zawodowej
(uwaga! Rodzaj praktyki zawodowej to np.: indywidualna praktyka, indywidualna specjalistyczna praktyka, grupowa praktyka, która oznacza wykonywanie działalności leczniczej w formie SC, SJ, lub SP).
.....
 - c. Forma wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę lub rodzaj innego podmiotu leczniczego
(uwaga! Forma wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę to np. Sp z o.o., inne podmioty lecznicze to np. SP ZOZ).
 - d. Adres
.....
 - e. Organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą
(uwaga! Są to Okręgowa Rada Lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lub wojewoda)
.....
 - f. Nr księgi rejestrowej.....



- g. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
(uwaga! Dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, np. ratowników medycznych, rehabilitantów)
- h. Numer NIP.....
- i. Nazwiska osób wykonujących świadczenia wraz z tytułem specjalizacji lub nazwą specjalizacji w trakcie realizacji:
.....
3. Świadczenia usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **poradni endokrynologicznej**:
- a. Proponowana cena za 1 punkt rozliczeniowy z NFZ: -
4. Świadczenia usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **poradni kardiologicznej**:
5. Proponowana cena za 1 punkt rozliczeniowy z NFZ: -

Załączniki do niniejszej oferty:

- a. wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- b. dokumenty potwierdzające ubezpieczenie oferenta od odpowiedzialności cywilnej za szkody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, na kwotę 350.000 euro,
- c. prawo wykonywania zawodu,
- d. dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty.

Powyższe dokumenty nie są wymagane w przypadku osób, które świadczyły przedmiotowe usługi zdrowotne w Szpitalu i przedłożyły wymagane dokumenty w ramach odrębnej umowy.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć oferenta

*zaznaczyć właściwe