

## 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 ambulatoryjnych i szpitalnych w **Zakładzie Diagnostyki Obrazowej** Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich.
- Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **ginekologiczno-położniczej** Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich.

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

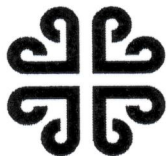
.....

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. Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych w **Zakładzie Diagnostyki Obrazowej:**

a. opis badania RTG - .....

b. opis badania RTG z kontrastem - .....

c. wykonywanie badania USG tarczycy - .....

d. wykonywanie badania USG piersi - .....

e. wykonywanie badania USG (z wyłączeniem USG tarczycy i USG piersi) - .....

f. wykonywanie badania USG doppler - .....

g. opis badania TK - .....

h. opisów badań TK w oparciu o teleradiologię w trybie planowym - .....

i. opisów badań TK w oparciu o teleradiologię w trybie cito - .....

j. konsultacja radiologiczna TK - .....

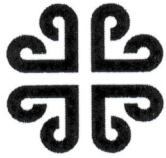
4. Świadczenia usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **ginekologiczno-położniczej:**

a. Proponowana cena za 1 punkt rozliczeniowy z NFZ za konsultację pacjentek nieobjętych opieką KOC - .....

b. Proponowana cena za 1 pkt rozliczeniowy z NFZ za konsultacje pacjentek ciężarnych objętych opieką KOC - .....

Załączniki do niniejszej oferty:

a) wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,



**SZPITAL POWIATOWY**  
im. Prałata J.Głowatzkiego  
*w Strzelcach Opolskich*

- 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

1