



## 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 diabetologicznej;
- świadczenia lekarza opieki zdrowotnej w poradni gastroenterologicznej.

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.....





**SZPITAL POWIATOWY**

im. Prałata J. Głowatzkiego

w Strzelcach Opolskich

- 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 specjalistycznych**:

- a. 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