



FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, SIWZ oraz warunkami przystąpienia do konkursu w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **poradni endokrynologicznej** 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. Świadczenia usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **poradni endokrynologicznej**:

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