

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na
rzecz pacjentów Zakładu Podstawowej Opieki Zdrowotnej :
adres miejsca :Gabinet Lekarza Rodzinnego Filia w Rogienicach Wielkich

I. DANE OFERENTA :

PEŁNA NAZWA OFERENTA:	
ADRES SIEDZIBY	
ADRES DO KORESPONDENCJI	
OSOBA REPREZENTUJĄCA OFERENTA	
NUMER NIP	
TELEFON KONTAKTOWY	
e-mail	

II. DANE REJESTROWE OFERENTA:

- Oświadczam, że wykonuję praktykę zawodową, wpisaną do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, prowadzonego przez,
pod numerem
- Oświadczam, że jestem wpisany do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

III.SZCZEGÓŁY OFERTY :

- Przedmiot konkursu realizowany będzie przez **lekarza:**

Lp	Imię i nazwisko oraz numer PESEL lekarza realizującego przedmiot konkursu	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje (specjalizacja)	Staż pracy (pełne lata)	Staż pracy w podstawowej opiece zdrowotnej (pełne lata)

2. Deklaruję KOMPLEKSOWE wykonanie przedmiotu konkursu:

Realizacja porad na rzecz świadczeniobiorców zadeklarowanych i na rzecz świadczeniobiorców niezadeklarowanych oraz a) realizacja porad związanych z wydaniem karty DiLO, b) realizacja porad w ramach profilaktyki chorób układu krążenia c) świadczenie w ramach kwalifikacji do realizacji transportu „dalekiego” w poz, d) świadczenia w ramach Szczepień przeciw Covid-19 oraz szczepień przeciw HPV e) świadczenia dla obywateli Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym f) świadczenia związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji g) świadczenia z zakresu Moje zdrowie -bilans zdrowia osoby dorosłej	TAK / NIE*
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------

3. Zobowiązuję się udzielać świadczeń zdrowotnych zgodnie z HARMONOGRAMEM udzielania świadczeń :

Dzień tygodnia	Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych			
	praca w gabinecie		wizyty domowe	
	liczba godzin:dziennie		liczba godzin:dziennie	
	od	do	od	do
poniedziałek				
wtorek				
środa				
czwartek				
piątek				

4. Realizuję aktualnie umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu lekarza poz

w(podać nazwę podmiotu)

Deklaruję realizację umowy w ramach niniejszej oferty w okresie:

oddo.....

5. CENA jednostkowa za wykonanie przedmiotu umowy:.....zł/godzina
(słownie.....)

IV. Wykaz załączników dołączonych do formularza ofertowego :

UWAGA:

jeżeli aktualne dokumenty wymienione w tabeli poniżej w punktach 1-7 są w posiadaniu ZPOZ - należy złożyć tylko oświadczenie o dokumentach - załącznik nr 5

Lp.	Rodzaj dokumentu	dołączono do formularza ofertowego lub złożono informację w załączniku nr 5*		
1	kserokopia prawa wykonywania zawodu	TAK	NIE	Załącznik nr 5
2	kserokopia dyplomu uzyskania tytułu lekarza	TAK	NIE	Załącznik nr 5
3	kserokopia dyplomu potwierdzającego uzyskanie specjalizacji w określonej dziedzinie medycyny	TAK	NIE	Załącznik nr 5
4	aktualne zaświadczenie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania zawodu	TAK	NIE	Załącznik nr 5
5	aktualna polisa OC	TAK	NIE	Załącznik nr 5
6	kserokopia zaświadczenia potwierdzającego uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej wydanego przez właściwą radę lekarską (jeśli dotyczy)	TAK	NIE	Załącznik nr 5
7	informacja z Krajowego Rejestru Karnego	TAK	NIE	Załącznik nr 5
8	Oświadczenie o braku pozbawienia możliwości wykonywania zawodu (załącznik nr 3 do SWKO)	TAK	NIE	
9	Oświadczenia Oferenta stanowiące załącznik nr 4 do SWKO	TAK	NIE	
10	Pełnomocnictwo - w przypadku gdy oferent reprezentowany jest przez pełnomocnika	TAK	NIE	
11	kserokopie innych dokumentów potwierdzających umiejętności i uprawnienia przydatne do wykonywania przedmiotu konkursu	TAK	NIE	

*zakreślić właściwe

.....
miejscowość, data

.....
czytelny podpis oferenta

wzór parafy.....