Załącznik nr 1 do SWKO

 Szpital Powiatowy im. A. Sokołowskiego w Złotowie

 ul. Szpitalna 28

 77-400 Złotów

FORMULARZ OFERTOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych na podstawie umowy cywilnoprawnej w Szpitalu Powiatowym w Złotowie

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

komórka organizacyjna

|  |
| --- |
| D A N E O F E R E NTA |
| **Imię i nazwisko**  |  |
| **Pełna nazwa i adres praktyki lekarskiej/podmiotu leczniczego/działalności gospodarczej****NIP** **REGON** |  |
| **Telefon do kontaktu** |  |
| **Nazwa Banku i Numer Konta:** |

**Kwalifikacje ⃰**

[ ] tytuł specjalisty lub specjalizacja II ° w dziedzinie ………………………………………………………………………………………………

[ ] specjalizacja I stopnia lub otwarta specjalizacja w dziedzinie …………………………………………………………………………………..

[ ] inne: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Propozycja kwot/-y należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych **–lekarskich w poradni przyszpitalnej:** ………………………………………………………………….….

……….………zł (słownie:………………….....................................) brutto za 1 pkt zrealizowany i uznany przez NFZ

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Załączniki:

 [ ] zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)

 [ ] zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk OIL/OIPIP/KIF lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)

 [ ] zaświadczenie o numerze NIP

 [ ] zaświadczenie o numerze REGON

 [ ] dyplom ukończenia studiów lub dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego

 [ ] prawo wykonywania zawodu

 [ ] dyplom specjalisty lub dokument potwierdzający rozpoczęcie specjalizacji

 [ ] inne potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń.

 [ ] polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia

 [ ] orzeczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia

 [ ] kserokopie aktualnej książeczki doskonalenia zawodowego ratownika medycznego

 [ ] wykaz osób udzielających świadczeń oraz ich kwalifikacje

 [ ] oświadczenie, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty

 [ ] inne ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy, które akceptuję i nie wnoszę do nich zastrzeżeń. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby konkursu i realizacji umowy.

Złotów, ……………………………. ……………………………………………….

 podpis oferenta

\* proszę udzielić odpowiedzi wstawiając znak X