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 ⃰**

[ ] lekarz specjalista lub z II °specjalizacji …………………………………………..……………………… [ ] lekarz systemu

[ ] lekarz z I° specjalizacji …………………………………………………………………………………… [ ] lekarz bez specjalizacji

[ ] lekarz z otwartą specjalizacją …………………………………………………………………………...… rok szkolenia ……………..…

[ ] ratownik medyczny - kierowca [ ] ratownik medyczny

[ ] diagnosta laboratoryjny [ ] technik analityki medycznej [ ] technik elektroradiologii

[ ] pielęgniarka/położna bez specjalizacji [ ] pielęgniarka/położna specjalistka ……………………………………………………………. [ ] instruktor terapii uzależnień [ ] specjalista psychoterapii uzależnień [ ] psycholog

[ ] farmaceuta [ ] fizjoterapeuta [ ] pracownik gospodarczy

inne…………………………………………………………………………..……………………………………………………………………

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

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich - **pełnienie dyżurów** w oddziale/komórce …………………………………………

…………………………. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń w dni powszednie, soboty, niedziele i święta

*Deklarowana minimalna liczba dyżurów w miesiącu- zwykłe ………………świąteczne ………………………..*

1. kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych **(kontrakt całościowy)** w Oddziale. ……………………………………….

…………. zł brutto za 1 godz. udzielania świadczeń w dni powszednie, soboty, niedziele i święta

Deklarowana minimalna liczba godzin w miesiącu (kontrakt całościowy) ⃰

|  |  |
| --- | --- |
| 200 lub więcej |  |
| 150 - 199 |  |
| 100 -149 |  |
| poniżej 100 |  |

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych lekarskich **(godziny ordynackie)** w Oddziale ……………………………………….……...

………………zł brutto za 1 godz. lub ……………………………. zł brutto za 1 miesiąc udzielania świadczeń (5 dni w tyg)

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych **–pielęgniarskich i/lub położniczych** w oddziałach szpitalnych i innych komórkach medycznych

………….….………zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń w dni powszednie, soboty, niedziele i święta

Deklarowana minimalna liczba godzin w miesiącu ⃰

|  |  |
| --- | --- |
| 200 lub więcej |  |
| 150 - 199 |  |
| 100 -149 |  |
| poniżej 100 |  |

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych przez psychologa, specjalistę i instruktora terapii uzależnień…………………………. zł za 1 godzinę

brutto (oddziały szpitalne) …………………………. zł za 1 pkt. wypracowany w Poradni, uznany i sfinansowany przez NFZ

1. udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu pielęgniarki koordynującej ds. epidemiologicznych

…………………………. zł brutto miesięcznie

1. udzielanie świadczeń przez pracownika gospodarczego: …………………….. zł brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń
2. 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