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