

FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 47/2023

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych i świadczenie usług na podstawie umowy cywilnoprawnej
w Szpitalu Powiatowym w Złotowie**

- ☐ * udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych Kod CPV –85121000-3
- ☐ **Poradnia Kardiologiczna;** Kod CPV –85121231-1
- ☐ **Poradnia Endokrynologiczna;** Kod CPV – 85121100-4
- ☐ **Poradnia Nefrologiczna;** Kod CPV – 85121220-1
- ☐ **Poradnia Chirurgiczna;** Kod CPV – 85121300-6

DANE OFERENTA

Imię i nazwisko	
Pełna nazwa i adres działalności gospodarczej/ podmiotu leczniczego	
NIP	
REGON	
Telefon do kontaktu	
Nazwa Banku i Numer Konta:	

Kwalifikacje*

- ☐ lekarz specjalista lub z II °specjalizacji
- ☐ lekarz z I° specjalizacji
- ☐ lekarz bez specjalizacji
- ☐ lekarz z otwartą specjalizacją rok szkolenia
- ☐ inne.....

* właściwe oznaczyć znakiem X

Propozycja kwot/-y należności i dyspozycyjności w zakresie świadczeń usług/ udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu:

Rodzaj świadczeń zdrowotnych	Deklarowana liczba godzin udzielania świadczeń zdrowotnych	Propozycja kwoty za świadczenie zdrowotne
Udzielanie świadczeń Poradnia Kardiologiczna	godz./m-c	złotych/pkt
Udzielanie świadczeń Poradnia Endokrynologiczna	godz./m-c	złotych/pkt
Udzielanie świadczeń Poradnia Nefrologiczna	godz./m-c	złotych/pkt
Udzielanie świadczeń Poradnia Chirurgiczna	godz./m-c	złotych/pkt

Załączniki*:

- ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)
- ☐ zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)
- ☐ zaświadczenie o numerze NIP
- ☐ zaświadczenie o numerze REGON
- ☐ dyplom ukończenia studiów
- ☐ dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego
- ☐ prawo wykonywania zawodu
- ☐ dyplom specjalizacji i/lub karta szkolenia specjalizacyjnego
- ☐ inne, potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń, np. potwierdzające status lekarza systemu, certyfikaty kursów itp.
- ☐ polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia
- ☐ zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia
- ☐ orzeczenie lekarskie o zdolności do pracy lub zobowiązanie jego dostarczenia
- ☐ inne (wpisać jakie).....

☐ **Oświadczam, że w posiadaniu Udzielającego zamówienia znajduje się już komplet aktualnych dokumentów wymaganych do złożenia oferty**

*** właściwe oznaczyć znakiem X**

Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem 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,
data

.....
podpis Oferenta