

**FORMULARZ OFERTOWY KONKURS OFERT NR 95/2023**

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

**z zakresu udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych w Oddziale Psychiatrycznym,  
Oddziale Dziennym Psychiatrycznym, Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów  
Abstynencyjnych (Detoksykacyjny), Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-  
Koordynacyjnym, Poradni Leczenia Uzależnień i Zespole Leczenia Środowiskowego  
Kod CPV –85111500-5; Kod CPV –85121270-6**

**DANE OFERENTA**

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

**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
<b>Udzielanie świadczeń w Oddziale Psychiatrycznym, Oddziale Dziennym Psychiatrycznym, Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacyjny) od poniedziałku do piątku w godzinach ordynackich od 7:30 do 15:05</b>	..... - ..... godz./m-c	.....złoty/godz.
<b>Udzielanie świadczeń w Oddziale Psychiatrycznym, Oddziale Dziennym Psychiatrycznym, Oddziale Leczenia Alkoholowych Zespołów Abstynencyjnych (Detoksykacyjny) pełnienia dyżurów lekarskich w dni powszednie i świąteczne</b>	..... - ..... godz./m-c	.....złoty/godz.
<b>Świadczenia zdrowotne w zakresie porad specjalistycznych w Poradni Zdrowia Psychicznego z Punktem Zgłoszeniowo-Koordynacyjnym (PZP)</b>	..... - ..... godz./m-c	.....złoty/punkt
<b>Świadczenia zdrowotne w zakresie porad specjalistycznych w Poradni Leczenia Uzależnień (PLU) i Zespole Leczenia Środowiskowego (ZLS)</b>	..... - ..... godz./m-c	.....złoty/punkt

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. 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