

Data złożenia wniosku: .....

## WNIOSEK

### o wszczęcie postępowania konkursowego

na świadczenia zdrowotne/świadczenie usług na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej oraz ustawy z 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych

<b>WYPEŁNIA OSOBA SKŁADAJĄCA WNIOSEK</b>	
<b>Komórka organizacyjna wnioskodawcy</b> (oddział, dział, itp.)	
<b>Przedmiot Zamówienia</b> (np. usługi świadczone przez lekarza, pielęgniarkę, diagnostę itp., wpisać również specjalizację jeśli dotyczy)	
<b>Opis przedmiotu Zamówienia</b> (opisać rodzaj świadczeń np. pełnienie dyżurów, udzielanie świadczeń w godzinach ordynackich, porady specjalistyczne, badania USG itp.)	
<b>Proponowany okres udzielania świadczeń zdrowotnych/usług</b> (określić czas na jaki ma być zawarta umowa)	
<b>Uzasadnienie złożenia wniosku</b> (opisać powód uzasadniający zapotrzebowanie na dane świadczenie, np. braki kadrowe, poszerzenie zakresu usług itp.)	
<b>Planowana ilość świadczeń w miesiącu</b> (określić ile godzin/porad, konsultacji w miesiącu zabezpiecza zapotrzebowanie komórki organizacyjnej na dane świadczenie)	
<b>Imię, nazwisko, stanowisko i podpis osoby składającej wniosek:</b>	
<b>Zatwierdzam do realizacji</b> <b>(podpis Dyrektora)</b>	

**WYPEŁNIA OSOBA ODPOWIEDZIALNA  
ZA MERYTORYCZNĄ STRONĘ PROCEDURY KONKURSOWEJ**

<p><b>Określenie wymaganych kwalifikacji świadczeniobiorcy</b> (zgodnie ze specjalnością danej komórki organizacyjnej oraz szczegółowymi załącznikami do umów z NFZ w zakresie wymagań dla personelu i Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 10.07.2023 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk w podmiotach leczniczych nie będących przedsiębiorcami)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> lekarz specjalista lub z II °specjalizacji</li> <li><input type="checkbox"/> lekarz systemu</li> <li><input type="checkbox"/> lekarz z I° specjalizacji</li> <li><input type="checkbox"/> lekarz bez specjalizacji</li> <li><input type="checkbox"/> lekarz z otwartą specjalizacją</li> <li><input type="checkbox"/> pielęgniarka/położna bez specjalizacji</li> <li><input type="checkbox"/> pielęgniarka/położna specjalistka .....</li> <li><input type="checkbox"/> psycholog bez specjalizacji</li> <li><input type="checkbox"/> psycholog ze specjalizacją .....</li> <li><input type="checkbox"/> ratownik medyczny- kierowca</li> <li><input type="checkbox"/> ratownik medyczny</li> <li><input type="checkbox"/> specjalista terapii uzależnień</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>
<p><b>Kod świadczenia CPV</b></p>	
<p><b>Wykaz podstawowych dokumentów jakie Oferent powinien złożyć</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG)</li> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk zawodowych lub wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (RPWDL)</li> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie o numerze NIP</li> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie o numerze REGON</li> <li><input type="checkbox"/> dyplom ukończenia studiów</li> <li><input type="checkbox"/> dokument potwierdzający uzyskanie tytułu zawodowego</li> <li><input type="checkbox"/> prawo wykonywania zawodu</li> <li><input type="checkbox"/> dyplom specjalizacji i/lub karta szkolenia specjalizacyjnego</li> <li><input type="checkbox"/> inne, potwierdzające kwalifikacje niezbędne do wykonywania świadczeń, np. potwierdzające status lekarza systemu, certyfikaty kursów itp.</li> <li><input type="checkbox"/> polisa OC lub zobowiązanie do jej zawarcia</li> <li><input type="checkbox"/> zaświadczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia</li> <li><input type="checkbox"/> orzeczenie lekarskie lub zobowiązanie do dostarczenia</li> <li><input type="checkbox"/> prawo jazdy kategorii C lub B</li> <li><input type="checkbox"/> orzeczenie psychologiczne pozwalające na kierowanie pojazdami uprzywilejowanymi</li> <li><input type="checkbox"/> zezwolenie na kierowanie pojazdem uprzywilejowanym</li> <li><input type="checkbox"/> książeczka doskonalenia zawodowego ratownika medycznego</li> <li><input type="checkbox"/> inne.....</li> </ul>
<p><b>Imię, nazwisko, stanowisko i podpis osoby odpowiedzialnej za publikację ogłoszenia:</b></p>	