

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie
ul. Szpitalna 1
75-710 Koszalin

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

.....
.....
**Podać nazwę komórki organizacyjnej oraz rodzaj zakresu*

I. INFORMACJE OGÓLNE

Dane oferenta	
Nazwa oferenta	
Imię i nazwisko/nazwa podmiotu*	
Adres siedziby praktyki podmiotu	
Adres do korespondencji	
NIP:	
REGON	
PESEL*	
KRS**	
Nr księgi rejestrowej	
Nr telefonu	
e- mail	
Inne dane	

** dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń*

*** dotyczy podmiotów leczniczych*

II. HARMONOGRAM PRACY LUB OGÓLNA DOSTĘPNOŚĆ GODZINOWA

Dostępność	
Ilość dni i godzin tygodniowo (podać jakie i które godziny)	
System jednozmianowy/ świadczenie usług w podstawowej ordynacji lekarskiej *dot. Oddziału, ZPO	
System dwuzmianowy 11 godzinny/system dyżurów medycznych w oddziale * dot. Oddziału, ZPO	
Świadczenia realizowane całodobowo * dot. Oddziału, ZPO	
Inna (jaka?)	

**Podać propozycję harmonogramu pracy w komórce organizacyjnej*

III. OFERTA ILOŚCIOWO-CENOWA

L.p.	Rodzaj usługi	Rodzaj jednostki rozliczeniowej*	Wartość jednostki rozliczeniowej
1	Świadczenia medyczne AOS – konsultacje w ramach medycyny pracy/badania lekarskie profilaktyczne z wydaniem orzeczenia		
1.1	Badania kierowców według ustawy o kierujących pojazdami	Za badanie pacjenta	
1.2	Badania kierowców według ustawy o transporcie drogowym	Za badanie pacjenta	
1.3	Badania do celów sanitarno-epidemiologicznych oraz wydawanie orzeczeń lekarskich do celów sanitarno-epidemiologicznych	Za badanie pacjenta	
1.4	Badania kwalifikujące do szczepień wraz z wydaniem zaświadczenia	Za badanie pacjenta	
1.5	Badania profilaktyczne w celu wydania orzeczenia lekarskiego (pracownik, funkcjonariusz i inny)	Za badanie pacjenta	
1.6	Badania lekarskie w celu wydania orzeczenia lekarskiego o potrzebie udzielenia urlopu dla poratowania zdrowia	Za badanie pacjenta	
1.7	Konsultacje specjalistyczne (okulistyczne, laryngologiczne, neurologiczne) lekarza medycyny pracy do 3 m	Za badanie pacjenta	
1.8	Badań osób ubiegających się o pozwolenie na posiadanie broni palnej	Za badanie pacjenta	
1.9	Badania lekarskie pletwonurków oraz sternotorzystów lub inne specjalistyczne	Za badanie pacjenta	
1.10	Udział w konsultacji BHP	Za 1 godzinę	
1.11	Udział w przeglądzie stanowisk pracy	Za 1 godzinę	
2	Świadczenia medyczne – badania komercyjne (np. osadzony, kandydat)	Za badanie pacjenta/za godzinę	

*wskazać wybraną formę rodzaju usługi

IV. INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

.....

.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)

V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY*

L.p.	LISTA DOKUMENTÓW	Załączono – TAK (X)	Załączono - NIE (X)
1.	Aktualny wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji Działalności i Informacji o Gospodarczej		
1.	Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub**		
3.	Aktualny odpis właściwego Krajowego Rejestru Sądowego**		
4.	Aktualny wypis z księgi rejestrowej właściwej Rady Okręgowej Izby Lekarskiej lub Pielęgniarek i Położnych		
5.	Dowód zawarcia i opłacenia składki za polisę od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności leczniczej,		
6.	Prawo wykonywania zawodu		
7.	Dyplom ukończenia szkoły potwierdzający uzyskanie odpowiedniego wykształcenia medycznego,		
8.	Dyplom specjalizacji		
9.	Dyplom kursu specjalistycznego/kwalifikacyjnego		
10.	Inne zaświadczenia i certyfikaty potwierdzające wymagane uprawnienia i kwalifikacje		
11.	Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego: - Potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielne pełnienie dyżurów medycznych, - Kopia karty szkolenia specjalizacyjnego (1 i 1 strona)		
11.	Aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy wydane przez Poradnię Medycyny Pracy		
13.	Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych		
14.	Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (KRK) o niekaralności*		
15.	Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 107 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 19.07.1005r. o przeciwdziałaniu narkomani (Dz.U. z 1013 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwo czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.		
16.	Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktem z dziećmi (dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska)		
17.	Oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 10 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie informacja z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.		
18.	Inne dokumenty potwierdzające spełnianie warunków konkursu (jakie?)		

*dotyczy podmiotów realizujących udzielanie porad osobom do 18 roku życia

** dotyczy podmiotów leczniczych

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)