

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie**  
**ul. Szpitalna 2**  
**75-720 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)                                               |  |
| <del>System jednozmianowy/ świadczenie usług w podstawowej ordynacji lekarskiej</del> *dot. Oddziału, ZPO |  |
| <del>System dwuzmianowy 12 godzinny/system dyżurów medycznych w oddziale</del> * dot. Oddziału, ZPO       |  |
| <del>Świadczenia realizowane całodobowo</del> * 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.   | Świadczenie medyczne w podstawowej ordynacji lekarskiej (wypisywanie recept)                   | za pacjenta                        | n/d                              |
| 2.   | Świadczenia medyczne w systemie dyżurowym w oddziale                                           | stawka godzinowa                   | n/d                              |
| 3.   | Procedury medyczne w oddziale szpitalnym                                                       | Stawka godzinowa/ wartość punktu   | n/d                              |
| 4.   | <b>Świadczenia medyczne AOS – konsultacje/ procedury zabiegowe w ramach NFZ</b>                | wartość punktu/za badanie pacjenta | n/d                              |
| 5.   | Świadczenia medyczne AOS – konsultacje w ramach medycyny pracy                                 | Za badanie pacjenta                | n/d                              |
| 6.   | <b>Świadczenia medyczne AOS – badania komercyjne (np. osadzony, kandydat, inne)</b>            | Za badanie pacjenta                | n/d                              |
| 7.   | Świadczenia medyczne POZ                                                                       | Za badanie pacjenta/za godzinę     | n/d                              |
| 8.   | Inne świadczenia medyczne w ramach komercji/programy zdrowotne – np. kwalifikacje do szczepień | Za badanie pacjenta                | n/d                              |
| 9.   | Świadczenia medyczne PZP                                                                       | stawka godzinowa/wartość punktowa  | n/d                              |
| 10.  | Świadczenia medyczne – inne np. konsultacje w Oddziale, ZPO                                    | Za badanie pacjenta                |                                  |
| 11.  | Świadczenia medyczne udzielone w ramach NFZ ponad limit*nie dot. AOS i gab. zab..              | wartość punktu                     | n/d                              |

\*wskazać wybraną formę rodzaju usługi

### IV. INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

.....

.....

.....

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)

**V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\***

| <b>L.p</b> | <b>LISTA DOKUMENTÓW</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Załączono<br/>– TAK (X)</b> | <b>Załączono<br/>- NIE (X)</b> |
|------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|
| 1.         | Aktualny wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji Działalności i Informacji o Gospodarczej                                                                                                                                                                                                                                                          |                                |                                |
| 2.         | 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: <ul style="list-style-type: none"> <li>Potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielne pełnienie dyżurów medycznych,</li> <li>Kopia karty szkolenia specjalizacyjnego (1 i 2 strona)</li> </ul>                                                   |                                |                                |
| 12.        | 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. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29.07.2005r. o przeciwdziałaniu narkomani (Dz.U. z 2023 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 20 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)