

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/ procedury zabiegowe w ramach NFZ w PZP	Za badanie pacjenta/wartość punktu/za godzinę	
1.1	Porada psychologiczna diagnostyczna	Za badanie pacjenta/wartość punktu/za godzinę	
1.2	Porada psychologiczna terapeutyczna	Za badanie pacjenta/wartość punktu/za godzinę	
1.3	Porada psychiatryczna diagnostyczna	Za badanie pacjenta/wartość punktu/za godzinę	
1.4	Porada psychiatryczna terapeutyczna	Za badanie pacjenta/wartość punktu/za godzinę	
1.5	Porada psychiatryczna recepturowa	Za badanie pacjenta/wartość punktu/za godzinę	
2.	Świadczenia medyczne AOS – konsultacje w ramach medycyny pracy	Za badanie pacjenta/wartość punktu/za godzinę	
2.1	Badania kierowców (psycholog)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
2.2	Ochrona (psycholog psychiatra)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
2.3	Ciemnia (psycholog)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
2.4	Konsultacja psychiatryczna	Za badanie pacjenta/za godzinę	
2.5	Konsultacja psychologiczna	Za badanie pacjenta/za godzinę	
2.6	Pozwolenie na broń (psycholog, psychiatra)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
3.	Świadczenia medyczne PZP – badania komercyjne (np. osadzony, kandydat służb mundurowych)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
3.1	Konsultacja psychiatryczna	Za badanie pacjenta/za godzinę	
3.2	Ochrona (psycholog, psychiatra)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
3.3	Kierowcy (psycholog)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
3.4	Pozwolenie na broń (psycholog, psychiatra)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
3.5	Ciemnia (psycholog)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
3.6	Kandydat służba więzienna lub inna (psycholog, psychiatra)	Za badanie pacjenta/za godzinę	
4.	Świadczenia medyczne – inne np. konsultacje w Oddziale, ZPO (psychiatra, psycholog)	Za badanie pacjenta	

**wskazać wybraną formę rodzaju usługi*

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

.....

.....

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka, 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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)