

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)	
System jednozmianowy/ świadczenie usług w podstawowej ordynacji	
System dwuzmianowy 12 godzinny/system dyżurów medycznych w oddziale	
Świadczenia realizowane całodobowo	
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 w systemie dyżurowym w oddziale/Zakładzie	stawka godzinowa	
2.	Procedury medyczne w oddziale szpitalnym	stawka godzinowa	
3.	Świadczenia medyczne udzielane w ramach AOS – asysta podczas zabiegu - <i>podać jaki</i>	za zabieg	

*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		
2.	Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub**		
3.	Aktualny wypis z księgi rejestrowej właściwej Rady Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych		
4.	Dowód zawarcia i opłacenia składki za polisę od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności leczniczej,		
5.	Prawo wykonywania zawodu		
6.	Dyplom ukończenia szkoły potwierdzający uzyskanie odpowiedniego wykształcenia medycznego,		
7.	Dyplom kursu specjalistycznego/kwalifikacyjnego		
8.	Inne zaświadczenia i certyfikaty potwierdzające wymagane uprawnienia i kwalifikacje		
9.	Aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy wydane przez Poradnię Medycyny Pracy		
10.	Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych		
11.	Inne dokumenty potwierdzające spełnianie warunków konkursu (jakie?)		

** dotyczy podmiotów leczniczych

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)