

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 lekarskiej *dot. Oddziału, ZPO	
System dwuzmianowy 12 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.	Świadczenie medyczne w podstawowej ordynacji lekarskiej (wypisywanie recept)	za pacjenta	
2.	Świadczenia medyczne w systemie dyżurowym w oddziale	stawka godzinowa	
3.	Procedury medyczne w oddziale szpitalnym	Za pacjenta	n/d
4.	Świadczenia medyczne AOS – konsultacje/ procedury zabiegowe w ramach NFZ	wartość punktu	
5.	Świadczenia medyczne AOS – konsultacje w ramach medycyny pracy	za badanie pacjenta	
6.	Świadczenia medyczne AOS – badania komercyjne (np. osadzony, kandydat, i inne)	za badanie pacjenta	
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	
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	

*wskazać wybraną formę rodzaju usługi

IV. INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

.....

.....

.....

.....
(miejscowość, 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		
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: - Potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielne pełnienie dyżurów medycznych, - Kopia karty szkolenia specjalizacyjnego (1 i 2 strona)		
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)