

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 | n/d |
| 2. | Świadczenia medyczne w systemie dyżurowym w oddziale | stawka godzinowa | n/d |
| 3. | Procedury medyczne w oddziale szpitalnym | Za pacjenta | |
| 4. | Świadczenia medyczne AOS – konsultacje/ procedury zabiegowe w ramach NFZ | wartość punktu | |
| 5. | Świadczenia medyczne AOS – konsultacje w ramach medycyny pracy | za badanie pacjenta | n/d |
| 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/inne badania | 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)

.....
(pieczętka, 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: <ul style="list-style-type: none"> • 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?) | | |
| 19. | Aktualne dokumenty w posiadaniu SP ZOZ MSWiA w Koszalinie (podać pozycje z listy) | | |

*dotyczy podmiotów realizujących udzielanie porad osobom do 18 roku życia

** dotyczy podmiotów leczniczych

.....
(miejsowość, data)

.....
(pieczęćka, podpis Oferenta)