

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane osobowe/ Nazwa firmy:

.....

.....

.....

2. Kwalifikacje zawodowe osoby udzielającej określone świadczenia zdrowotne:

.....

.....

3. Proponowany zakres usług dla ludności:

Rodzaj usługi (ilość specjalistów)	TAK	NIE	Częstotliwość przyjęć pacjentów w tygodniu lub miesiącu
Usługi ambulatoryjne (pielęgniarka, położna – podać liczbę zatrudnianych)			
Lekarz rodzinny (min. dwóch lekarzy)			
Ginekolog			
Pediatra			
Kardiolog			
Chirurg			
Ortopeda			
Psycholog			
Psychiatra			
Gastrolog			
Neurolog			
Metabolista			
Nefrolog			
Fizjoterapeuta			
Rehabilitant			
Lekarz innej specjalności (jakiej?)			

Diagnostyka (proszę wypisać zapewniane bezpłatne rodzaje badań)			
.....			

* właściwe zaznaczyć krzyżykiem pod kolumną TAK lub NIE

4. Proponowane godziny świadczenia usług medycznych w ośrodku:

<u>Dni tygodnia</u>	Godziny przyjęć
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	

5. Proponowane godziny wizyt domowych:

<u>Dni tygodnia</u>	Godziny wizyt domowych
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	

Załączniki:

1.
 2.
 3.
 4.
 5.
 6.
 7.
 8.
 9.
 10.
- itd.

Podpis i data

.....
Pieczętka z pełną nazwą Oferenta

OŚWIADCZENIE OFERENTA

1. Oświadczam, że **spełniam warunki** określone dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ustawą z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013r, poz. 217).
2. Oświadczam, że **zapoznałem się** z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że **zainteresowałem się** wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
4. Oświadczam, że **pozostanę związany** ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty **są zgodne** z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, że **zobowiązuję się** do wykonywania usług z należytą starannością swego działania wymaganą od profesjonalisty i przy zastosowaniu aktualnie obowiązujących metod.
7. Oświadczam, że **umowę będę realizował** zgodnie z obowiązującymi przepisami NFZ.
8. Oświadczam, że kwalifikacje personelu wykonującego świadczenia zdrowotne **są zgodne z** wymaganiami określonymi przez NFZ.

.....
Data i podpis Wykonawcy