

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 | | | |
| Metaboliista | | | |
| 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

.....
Pieczęćka 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