

.....
Pieczęćka oferenta

Formularz ofertowy
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
przez lekarza w **Poradni Okulistycznej**

I Dane Oferenta:

Zarejestrowana nazwa i adres Oferenta

.....
.....

II Przedmiot oferty

OFEROWANA CENA ORAZ HARMONOGRAM

Lp.	Zakres świadczeń	Cena świadczenia usługi
1	2	3
1	świadczenia w określonym zakresie – porady W01, W02, W11% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
2	świadczenia w określonym zakresie – porady W12, W13, W14% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
3	Pozostałe świadczenia w zakresie okulistyki typu W% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
4.	Świadczenia zabiegowe Z48, Z57, Z58 w okulistyce% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
5	Pozostałe świadczenia w okulistyce typu Z% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ

Zobowiązuję się do udzielania świadczeń lekarskich /porad specjalistycznych/ w następujących godzinach i dniach tygodnia (harmonogram pracy nie będzie kolidował z harmonogramem pracy u innych świadczeniodawców):

Poniedziałek godzina od do *

Wtorek godzina od do *

Środa godzina od do *

Czwartek godzina od do *

Piątek godzina od do *

* wskazane przez Oferenta w formularzu ofertowym dni i godziny udzielania świadczeń medycznych stanowią propozycję, Udzielający zamówienia przed zawarciem umowy ustali dni i godziny udzielania świadczeń z wybranymi Oferentami.

podpis i pieczęć oferenta

W zakresie kolejnych kryteriów opisanych w SWKO (ciągłość, jakość, dostępność, kompleksowość) oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie zawodowe.

b. Posiadam następujące kwalifikacje zawodowe (specjalizacja/e, tytuły i stopnie naukowe)

.....
.....
.....
.....

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zgłaszam gotowość do realizacji przedmiotu zamówienia (wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):

1. do 4 godzin
2. 4-12 godzin
3. 13 godzin i więcej

d. Udzielający zamówienia przyznaje punkty w związku z aktualną realizacją udzielania świadczeń opieki zdrowotnej w Oddziale szpitalnym w Kędzierzynie-Koźlu

1. Tak –
2. Nie –

.....

miejsce i data

.....

podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do reprezentowania Oferenta