

.....  
Pieczątko oferenta

## Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez lekarza w **Poradni Endokrynologii**

### 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 – <b>porady W01, W02, W11, W40</b>	.....% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
2	Pozostałe świadczenia w zakresie endokrynologii typu W	.....% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
3.	Świadczenia zabiegowe w zakresie 02.1030.001.02	.....% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
4.	świadczenia w zakresie endokrynologii – diagnostyka onkologiczna	.....% 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. Jednoczesna realizacja 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