

.....  
Pieczęćka oferenta

## **Formularz ofertowy**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez lekarza w **Poradni Skórno-Wenerologicznej**

### **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 dermatologii i wenerologii typu W	.....% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
3.	Świadczenia zabiegowe w zakresie 02.1200.001.02	.....% 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 ustalą 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