

.....
Pieczęćka oferenta

Formularz ofertowy

na udzielanie świadczeń zdrowotnych

przez lekarza w **Poradni Położniczo-Ginekologicznej**

przy ul.

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% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
3.	Pozostałe świadczenia typu W% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
4.	Świadczenia zabiegowe typu Z% wartości punktu rozliczeniowego dla świadczeń finansowanych w ramach obowiązującej umowy z NFZ
5.	Porada w ramach KOC zł/każda wizyta
6.	poród pacjentki w szpitalu w Kędzierzynie-Koźlu (w ramach KOC)zł/ poród pacjentki w SP ZOZ Kędzierzynie-Koźlu

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.

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 12godzin
2. 13-24 godzin
3. 25 godzin i więcej

d. Realizacja przedmiotu zamówienia (kontynuacja udzielania świadczeń u Udzielającego zamówienie):

1. Rozpocznie udzielanie świadczeń w określonym zakresie –
2. Będzie kontynuował udzielanie świadczeń w określonym zakresie –

.....
miejsce i data

.....
podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do reprezentowania Oferenta