

FORMULARZ OFERY

Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia stomatologicznego

1. Oferent
2. Adres oferenta
.....
3. Nr telefonu
.....
4. Forma organizacyjna podmiotu leczniczego
.....
5. Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej
.....
6. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej
.....
7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
.....
8. REGON
9. NIP
10. Nazwa banku oraz nr rachunku
.....
11. Nr polisy ubezpieczeniowej
.....
12. Okres obowiązywania polisy
.....
13. Kontakt e-mail.....
14. Nr prawa wykonywania zawodu.....

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w okresie od 02.01.2017 do 31.12.2017

Deklaruję gotowość do świadczenia usług na poziomie jak niżej:

Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne

2017							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzień		

Razem w roku 2017 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :

.....zł brutto za punkt

Liczba punktów w podziale na miesiące i kwartały w zakresie świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18r.ż

2017							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzień		

Razem w roku 2017 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :

.....zł brutto za punkt

.Liczba punktów ogólnostomatologicznych, punkty protetyczne w podziale na miesiące i kwartały.

2017							Razem kwartał liczba punktów
I kwartał	Styczeń		Luty		Marzec		
II kwartał	Kwiecień		Maj		Czerwiec		
III kwartał	Lipiec		sierpień		wrzesień		
IV kwartał	Październik		Listopad		Grudzień		

Razem w roku 2017 :punktów

Za realizację powyższych czynności oczekuję należności w wysokości :

.....zł brutto za punkt .

Świadczenia komercyjne :

Z tytułu realizacji umowy w zakresie świadczeń komercyjnych wg. obowiązującego cennika w ZLA Chrzanów sp. z o.o. za udzielone świadczenie medyczne oczekuję należności w wysokości% wartości udzielonych świadczeń medycznych.

Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń w dni i godziny :

poniedziałek
wtorek.....
środa
czwartek
piątek

Oferuje wykonywanie świadczeń komercyjnych w dni i godziny :

poniedziałek
wtorek.....
środa
czwartek
piątek

Oświadczenie.

1) **Oświadczam, że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia ,szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń **oraz** z przepisami ustawy z dnia 15.04.2011 o działalności leczniczej /Dz.U 2016 poz.1638 . /

2) **Oświadczam, że** (*oferent wpisuje jestem ,nie jestem*)

- a)zawieszony/a w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony/a w wykonywaniu czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodzie lekarza lub przepisów o izbach lekarskich.
- b)ukarany/a karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu.
- c).....pozbawiony/a możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu lub zawieszony /a w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym .

3) **Oświadczam, że** pracuję w :

1.

.....
na podstawie umowy o prace,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

2.....
na podstawie umowy o prace,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

3.
na podstawie umowy o prace,* umowy cywilno -prawnej*; w dniach i godzinach

-
• zaznacz właściwe

Załączniki do oferty:

- ☐ Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia wraz z informacją, że nie zgłasza do niego żadnych zastrzeżeń oraz z przepisami ustawy z dnia 15.04.2012 o działalności leczniczej /Dz.U 2016poz.1638 /
- ☐ Kserokopia dokumentów potwierdzających kwalifikację do udzielania świadczeń zdrowotnych, takich jak: dyplom ukończenia uczelni, specjalizacje, prawo wykonywania zawodu oraz inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje i uprawnienia.
- ☐ polisa ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami lub oświadczenie oferenta o zawarciu takiej polisy z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu podpisywania umowy.
- ☐ kopia wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą (księga rejestrowa) wraz z dokumentami potwierdzającymi nadanie numeru NIP i REGON .
- ☐ Kopia aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych do

wykonywania pracy na stanowisku na jakie składana jest oferta.

- ☐ kopia aktualnego orzeczenia do celów sanitarno-epidemiologicznych.
- ☐ oświadczenie o niekaralności za przestępstwa i za przestępstwa w związku w wykonywanym zawodem lekarza oraz o braku toczących się postępowań karnych przeciwko oferentowi.

Chrzanów ,dnia.....

.....
podpis oferenta