

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**  
**Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji w Koszalinie**  
**ul. Szpitalna 2**  
**75-720 Koszalin**

### FORMULARZ OFERTOWY

**Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:**

.....  
.....

*\*Podać nazwę komórki organizacyjnej oraz rodzaj zakresu*

#### **I. INFORMACJE OGÓLNE**

Dane oferenta	
Nazwa oferenta	
Imię i nazwisko/nazwa podmiotu*	
Adres siedziby praktyki podmiotu	
Adres do korespondencji	
NIP:	
REGON	
PESEL*	
KRS**	
Nr księgi rejestrowej	
Nr telefonu	
e- mail	
Inne dane	

*\* dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń*

*\*\* dotyczy podmiotów leczniczych*

#### **II. HARMONOGRAM PRACY LUB OGÓLNA DOSTĘPNOŚĆ GODZINOWA**

Dostępność	
Ilość dni i godzin tygodniowo (podać jakie i które godziny)	
System jednozmianowy/ świadczenie usług w podstawowej ordynacji lekarskiej *dot. Oddziału, ZPO	
System dwuzmianowy 12 godzinny/system dyżurów medycznych w oddziale* dot. Oddziału, ZPO	
Świadczenia realizowane całodobowo* dot. Oddziału, ZPO	
Inna (jaka?)	

*\*Podać propozycję harmonogramu pracy w komórce organizacyjnej*

**III. OFERTA ILOŚCIOWO-CENOWA**

<b>L.p.</b>	<b>Rodzaj usługi</b>	<b>Rodzaj jednostki rozliczeniowej*</b>	<b>Wartość jednostki rozliczeniowej</b>
1.	Świadczenie medyczne w podstawowej ordynacji lekarskiej (wypisywanie recept)	za pacjenta	
2.	Świadczenia medyczne w systemie dyżurowym w oddziale	stawka godzinowa	
3.	Procedury medyczne w oddziale szpitalnym	Stawka godzinowa/ wartość punktu	
4.	Świadczenia medyczne AOS – konsultacje/ procedury zabiegowe w ramach NFZ	wartość punktu/za badanie pacjenta	
5.	Świadczenia medyczne AOS – konsultacje w ramach medycyny pracy	Za badanie pacjenta	
6.	Świadczenia medyczne AOS – badania komercyjne (np. osadzony, kandydat, LuX-med)	Za badanie pacjenta	
7.	Świadczenia medyczne POZ	Za badanie pacjenta/za godzinę	
8.	Inne świadczenia medyczne w ramach komercji/programy zdrowotne – np. kwalifikacje do szczepień	Za badanie pacjenta	
9.	Świadczenia medyczne PZP	stawka godzinowa/wartość punktowa	
10.	Świadczenia medyczne – inne np. konsultacje w Oddziale, ZPO	Za badanie pacjenta	
11.	Świadczenia medyczne udzielone w ramach NFZ ponad limit*nie dot. AOS i gab. zab..	wartość punktu	

\*wskazać wybraną formę rodzaju usługi

**IV. INNE INFORMACJE MOGĄCE MIEĆ ZNACZENIE PRZY UDZIELANIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

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

.....  
 (miejsowość, data)

.....  
 (pieczętka, podpis Oferenta)

**V. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY\***

L.p	LISTA DOKUMENTÓW	Załączono - TAK (X)	Załączono - NIE (X)
1.	Aktualny wydruk wpisu do Centralnej Ewidencji Działalności i Informacji o Gospodarczej		
2.	Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub**		
3.	Aktualny odpis właściwego Krajowego Rejestru Sądowego**		
4.	Aktualny wypis z księgi rejestrowej właściwej Rady Okręgowej Izby Lekarskiej lub Pielęgniarek i Położnych		
5.	Dowód zawarcia i opłacenia składki za polisę od odpowiedzialności cywilnej z tytułu prowadzonej działalności leczniczej,		
6.	Prawo wykonywania zawodu		
7.	Dyplom ukończenia szkoły potwierdzający uzyskanie odpowiedniego wykształcenia medycznego,		
8.	Dyplom specjalizacji		
9.	Dyplom kursu specjalistycznego/kwalifikacyjnego		
10.	Inne zaświadczenia i certyfikaty potwierdzające wymagane uprawnienia i kwalifikacje		
11.	Lekarze w trakcie szkolenia specjalizacyjnego: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Potwierdzenie przez kierownika specjalizacji wiedzy i umiejętności umożliwiających samodzielne pełnienie dyżurów medycznych,</li> <li>• Kopia karty szkolenia specjalizacyjnego (1 i 2 strona)</li> </ul>		
12.	Aktualne zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy wydane przez Poradnię Medycyny Pracy		
13.	Zaświadczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych		
14.	Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego (KRK) o niekaralności*		
15.	Informacja z Krajowego Rejestru Karnego w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz ustawie z dnia 29.07.2005r. o przeciwdziałaniu narkomani (Dz.U. z 2023 r. poz. 1939), lub za odpowiadające tym przestępstwo czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego.		
16.	Informacja z rejestru karnego państwa obywatelstwa uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktem z dziećmi (dotyczy osób posiadających obywatelstwo innego państwa niż Rzeczpospolita Polska)		
17.	Oświadczenie o państwie lub państwach zamieszkania w ciągu ostatnich 20 lat, innych niż Rzeczpospolita Polska i państwo obywatelstwa, oraz jednocześnie informacja z rejestrów karnych tych państw uzyskiwaną do celów działalności zawodowej lub wolontariackiej związanej z kontaktami z dziećmi.		
18.	Inne dokumenty potwierdzające spełnianie warunków konkursu (jakie?)		

\*dotyczy podmiotów realizujących udzielanie porad osobom do 18 roku życia

\*\* dotyczy podmiotów leczniczych

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)