**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (w brzmieniu podanym w CEDG) | | | |
| Imię i nazwisko Oferenta | | | |
| Kod pocztowy i miejscowość | | Pełen adres pod jakim prowadzona jest działalność | |
| PESEL | NIP | | REGON |
| Adres do korespondencji ( podać jeżeli jest inny niż adres prowadzenia działalności | | | |
| Nr telefonu kontaktowego | | Adres mail oferenta | |
| Doświadczenie zawodowe w zakresie **medycyny nuklearnej** | * 0- 5 lat * 6 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w zakresie **chorób wewnętrznych i interpretacji badań fuzyjnych SPECT i terapii izotopowej** | * 0- 10 lat * 11 -15 lat * Powyżej 15 lat | |  |
|  |
|  |
| Specjalizację ( zaznaczyć krzyżykiem) : | * Specjalizacja II 0 lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny ratunkowej oraz tytuł naukowy | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW**  **( wypełnia komisja )** |
|  |
| * Specjalizacja II 0 lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny nuklearnej | |  |
| * Specjalizacja II 0 lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych oraz tytuł naukowy *( oraz minimum 10 letnie doświadczenie w interpretacji badań fuzyjnych SPECT i prowadzenia terapii izotopowej )* | |  |
| * Specjalizacja II 0 lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych *( oraz minimum 10 letnie doświadczenie w interpretacji badań fuzyjnych SPECT i prowadzenia terapii izotopowej )* | |  |

1. **Przystąpienie do konkursu ofert jako ( zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |
| --- | --- |
| * **Umowa kontraktowa**   Osoba fizyczna wykonująca zawód w ramach praktyki zawodowej w rozumieniu art.5 ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej |  |
| * **Umowa zlecenie**   Osoba fizyczna , nieprowadząca działalności gospodarczej , ale posiadająca fachowe kwalifikacje do udzielenia świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym |  |

1. **Zaproponowana liczba godzin do udzielania świadczeń zdrowotnych w Zakładzie Medycyny Nuklearnej i Poradni Medycyny Nuklearnej ( zaznaczyć krzyżykiem)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Liczba dni i godzin udzielania świadczeń zdrowotnych** | | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| * 2 dni w tygodniu * 3 dni w tygodniu * 4 dni w tygodniu * 5 dni w tygodniu | w Zakładzie Medycyny Nuklearnej | w Pracowni Medycyny Nuklearnej |  |
| Poniedziałek…….……….  Wtorek……………………  Środa …………………….  Czwartek ………………...  Piątek ……………………  ( wpisać deklarowane godziny od której do której) | Poniedziałek…………..…  Wtorek…………………  Środa ………………….  Czwartek ……………...  Piątek ……………………  ( wpisać deklarowane godziny od której do której) |

1. **Proponuję następujące wartość procentowa i stawki za realizację świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………………% | scyntygrafia narządowa ( nie dotyczy tarczycy) |  |
| ………………………% | scyntygrafia całego ciała ( układ kostny) |  |
| ………………………% | scyntygrafia tarczycy |  |
| ………………………% | limfoscyntygrafia |  |
| ………………………% | radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego technika SPECT albo technika bramkowa SPECT- badanie spoczynkowe |  |
| ………………………% | radioizotopowe badanie perfuzji mięśnia sercowego technika SPECT albo technika bramkowa SPECT - badanie spoczynkowe + badanie z testem obciążeniowym |  |
| ………………………% | Scyntygrafia całego ciała z zastosowaniem znakowanych analogów somatycznych |  |
| ………………………% | Scyntygrafia nadnerczy / i innych okolic ciała |  |
| ………………………% | Scyntygrafia z zastosowaniem znakowanych leukocytów |  |
| ………………………zł | terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kwalifikacyjna |  |
| ………………………zł | terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - podanie izotopu |  |
| ………………………zł | terapia izotopowa łagodnych schorzeń tarczycy - porada kontrolna |  |
| ………………………zł | Kwota za kierowanie  Zakładem Medycyny Nuklearnej  i Pracowni medycyny Nuklearnej  \**wypełnia tylko oferent składający Oferent w zakresie 1* |  |

1. **Oświadczam, że do niniejszej oferty załączam (zaznaczyć krzyżykiem):**

|  |  |
| --- | --- |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji * Kopię certyfikatów potwierdzające kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń * Kserokopia aktualnego certyfikatu ukończenia kursu i zdania egzaminu „Ochrona radiologiczna Pacjenta” * Zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczenia usług * Badania sanitarno – epidemiologiczne * Kserokopię polisy OC * Aktualny wydruk z wpisu do Centralnej Ewidencji i Informacji Działalności Gospodarczej * Aktualny wydruk z wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą * Aktualne szkolenie z zakresu BHP * Zaświadczenie z KRK o niekaralności na tle seksualnym i ochronie małoletni * Pisemne oświadczenie o posiadaniu doświadczenia zawodowego na stanowisku kierowniczym * Pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego | UWAGA: **Dotyczy oferentów prowadzących działalność gospodarczą .** Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji * Kopię certyfikatów potwierdzające kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń * Kserokopia aktualnego certyfikatu ukończenia kursu i zdania egzaminu „Ochrona radiologiczna Pacjenta” * Zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczenia usług * Badania sanitarno – epidemiologiczne * Kserokopię polisy OC * Aktualne szkolenie z zakresu BHP * Zaświadczenie z KRK o niekaralności na tle seksualnym i ochronie małoletni * Oświadczenie o posiadanym okresie d oświadczenia zawodowego w pracy i/lub na stanowisku kierowniczym * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego | UWAGA: Dotyczy oferentów **nieprowadzących** działalność gospodarczą . Brak dokumentów spowoduje odrzucenie oferty. |

**Będąc świadomym konsekwencji wynikających z poświadczenia nieprawdy oświadczam, że podane dane są prawdziwe i mają odzwierciedlenie w stanie faktycznym.**

Data i podpis ……………………..………………………