**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane oferenta**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa Oferenta (w brzmieniu podanym w CEIDG) | | | |
| 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 | |
| Kwalifikacje zawodowe lekarza ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * Lekarz z tytułem specjalisty w dziedzinie (jakiej?)   ………………………..…………  **albo**   * Lekarz posiadający specjalizację II stopnia w dziedzinie (jakiej?)   ……………………………..…….  **albo**   * Lekarz posiadający specjalizację I stopnia w dziedzinie (jakiej?)   ……..…………………………...  **albo**   * Lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie (jakiej?)   …………………………………. | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Doświadczenie zawodowe w pracy w Poradni zgodnie z profilem ( zaznaczyć krzyżykiem ) | * 0- 5 lat * 6 -10 lat * Powyżej 10 lat | | **PRZYZNANIE PUNKTÓW ( wypełnia Komisja)** |
|  |
|  |
|  |

1. **Zaproponowana liczba godzin gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach**

**Poradni ( jakiej?) …………………………………………..**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych**  **w Poradni …………………………….**  Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach ( nie mniej niż 4 godziny) | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| 1 dzień w tygodniu | Deklarowanie i wskazanie dni udzielania świadczeń w godzinach od - do  - poniedziałek …………………….  - wtorek ……..………………  - środa ……………………..  - czwartek ……………………..  - piątek ……………………… |  |
| 2 dni w tygodniu |  |
| 3 dni w tygodniu |  |
| 4 dni w tygodniu |  |
| 5 dni w tygodniu |  |
| Dodatkowe punkty za udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych ( poza wskazanymi godzinami przedpołudniowymi od poniedziałku do piątku) | |  |

1. **Zaproponowana liczba godzin gotowość do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w ramach**

**Pracowni Endoskopowej**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Liczba dni i godzin udzielanych świadczeń zdrowotnych**  **w Pracowni Endoskopowej**  Niniejszym oświadczam, że w przypadku nawiązania współpracy jestem gotowy do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach ( nie mniej niż 4 godziny) | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja)** |
| 1 dzień w tygodniu | Deklarowanie i wskazanie dni udzielania świadczeń w godzinach od - do  - poniedziałek …………………….  - wtorek ……..………………  - środa ……………………..  - czwartek ……………………..  - piątek ……………………… |  |
| 2 dni w tygodniu |  |
| 3 dni w tygodniu |  |
| 4 dni w tygodniu |  |
| 5 dni w tygodniu |  |
| Dodatkowe punkty za udzielanie świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych ( poza wskazanymi godzinami przedpołudniowymi od poniedziałku do piątku) | |  |

1. **Proponowane wartości procentowe za jeden punkt przy realizacji świadczeń**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń**    **w Poradni Diabetologicznej** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………% | świadczenia w zakresie **diabetologii** |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie **diabetologii –** świadczenia pierwszorazowe |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń**  **w Poradni dermatologicznej** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………% | świadczenia w zakresie **dermatologii i wenerologii** |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie **dermatologii i wenerologii** – świadczenia pierwszorazowe |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie **dermatologii i wenerologii** – diagnostyka onkologiczna |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń**  **w Poradni Leczenia Gruźlicy i Chorób Płuc oraz Poradni Domowego Leczenia Tlenem** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………% | świadczenia w zakresie **gruźlicy i chorób płuc** |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie **leczenia gruźlicy i chorób płuc** – świadczenia pierwszorazowe |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie leczenia **gruźlicy i chorób płuc** – diagnostyka onkologiczna |  |
| ………………% | Tlenoterapia domowa |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń**  **w Poradni chirurgii urazowo – ortopedycznej** | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** |
| ………………% | świadczenia w zakresie **ortopedii i traumatologii narządu ruchu** |  |
| ………………% | świadczenia zabiegowe w **ortopedii i traumatologii narządu ruchu** – zakres skojarzony |  |
| ………………% | świadczenia w zakresie **ortopedii i traumatologii narządu ruchu** – ze wskazań nagłych |  |
| ………………% | świadczenia w **zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu** – świadczenia pierwszorazowe |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wielkość procentowa z kwoty za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń**  **w Poradni gastroenterologicznej i/lub Pracowni endoskopowej** | | | **PRZYZNANE PUNKTY**  **( wypełnia Komisja )** | |
| ………………% | świadczenia w zakresie **gastroenterologii** | |  | |
| ………………% | świadczenia w zakresie **gastroenterologii** – świadczenia pierwszorazowe | |  | |
| ………………% | świadczenia w zakresie **gastroenterologii** – diagnostyka onkologiczna | |  | |
| ………………% | badania endoskopowe przewodu pokarmowego - gastroskopia | |  | |
| % | badania endoskopowe przewodu pokarmowego –kolonoskopia | |  | |
|  |  | |  | |
| **Wielkość procentowa za realizację wykonanych, prawidłowo sporządzonych i wykazanych do NFZ ilości punktów z wykonanych świadczeń**    **w Poradni Chirurgii Onkologicznej** | | | | | **PRZYZNANE PUNKTY ( wypełnia Komisja )** | |
| ………………% | | | świadczenia w zakresie **diabetologii** | |  | |

1. **Oświadczenie Oferenta**

Oświadczam, że zapoznałem się z przedmiotem postępowania o udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych, treścią ogłoszenia o konkursie, SWKO, kryterium oceny oferty, warunkami wymaganymi od świadczeniodawców oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

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

|  |  |
| --- | --- |
| * Kserokopię dyplomu * Kserokopię prawa wykonywania zawodu * Kserokopię dyplomu specjalizacji lub karta specjalizacyjna * Kopię certyfikatów potwierdzających kwalifikacje zawodowe * Kserokopię kursów, szkoleń * Zaświadczenie lekarskie o zdolności do udzielania świadczeń zdrowotnych * 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 * pisemne oświadczenie o posiadanym okresie doświadczenia zawodowego w pracy w Poradni według profilu * Informacja z KRK, o której mowa w ustawie z dnia 13 maja 2016r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich( t.j. Dz. U. z 2024, poz.560) * Oświadczenie o zamieszkaniu w ciągu ostatnich 20 lat, * Oświadczenie w przypadku braku informacji z rejestru karnego państwa innego niż RP * Oświadczenie o braku informacji z KRK na dzień składania oferty oraz o dostarczeniu informacji z KRK najpóźniej do dnia zawarcia umowy. | UWAGA: **Dotyczy oferentów prowadzących 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 ……………………..………………………

Wyraża zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i zakresie, w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w postępowaniu.