



FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, SIWZ oraz warunkami przystąpienia do konkursu w zakresie świadczeń:

- Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych w **Zakładzie Diagnostyki Obrazowej** Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich.
- Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej w zakresie **opisów badań diagnostycznych (TK) w oparciu o teleradiologię** oraz udzielanie konsultacji radiologicznych TK.
- Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **poradni ginekologiczno-polożniczej** Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich.

2. Informacja o Oferencie

1) Imię i Nazwisko lub nazwa Oferenta

.....
.....

2) Forma wykonywania działalności

- Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska, nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....
- Grupowa praktyka lekarska, nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

3) Adres

.....

4) Numer NIP

.....

1



- 5) Numer KRS
.....
3. Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów ambulatoryjnych i szpitalnych w **Zakładzie Diagnostyki Obrazowej**:
- 1) opis badania RTG -
 - 2) opis badania TK -
 - 3) wykonywanie badania USG tarczycy -
 - 4) wykonywanie badania USG piersi -
 - 5) wykonywanie badania USG (z wyłączeniem USG tarczycy i USG piersi) -
 - 6) wykonywanie badania USG doppler -
4. Świadczenie usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej w zakresie **opisów badań diagnostycznych (TK) w oparciu o teleradiologię** oraz udzielanie konsultacji radiologicznych TK:
- 1) opis badań TK w oparciu o teleradiologię w trybie planowym -
 - 2) opis badań TK w oparciu o teleradiologię w trybie cito -
 - 3) konsultacja radiologiczna TK -
5. Świadczenia usług medycznych w zakresie pełnienia samodzielnej opieki lekarskiej dla pacjentów **poradni ginekologiczno-polożniczej**:
- 1) Proponowana cena za 1 punkt rozliczeniowy z NFZ za konsultację pacjentek nieobjętych opieką KOC -
 - 2) Proponowana cena za 1 pkt rozliczeniowy z NFZ za konsultacje pacjentek ciężarnych objętych opieką KOC -

Załączniki do niniejszej oferty:

- 1. prawo wykonywania zawodu,
- 2. dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty lub zaświadczenie o trwającej specjalizacji,
- 3. dokumenty potwierdzające ubezpieczenie oferenta od odpowiedzialności cywilnej za szkody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, na kwotę 350.000 euro,



SZPITAL POWIATOWY
im. Prałata J. Głowatzkiego
w Strzelcach Okręskich

4. oryginał aktualnej, nie starszej niż 3 miesiące, informacji o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego.

Dokumenty o nr 1 – 2 nie są wymagane w przypadku osób, które świadczyły przedmiotowe usługi zdrowotne w Szpitalu i przedłożyły wymagane dokumenty w ramach odrębnej umowy.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć oferenta

|