



## 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 zarządzania Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym wraz z zespołami wyjazdowymi ratownictwa medycznego i Izbą Przyjęć Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich z jednoczesnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych w godzinach 07:00 – 14:35 w dni robocze od poniedziałku do piątku.

2. Informacja o Oferencie

a. Imię i Nazwisko lub nazwa Oferenta

.....

b. Rodzaj praktyki zawodowej

*(uwaga! Rodzaj praktyki zawodowej to np.: indywidualna praktyka, indywidualna specjalistyczna praktyka, grupowa praktyka, która oznacza wykonywanie działalności leczniczej w formie SC, SJ, lub SP).*

.....

c. Forma wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę lub rodzaj innego podmiotu leczniczego

*(uwaga! Forma wykonywania działalności gospodarczej przez przedsiębiorcę to np. Sp z o.o., inne podmioty lecznicze to np. SP ZOZ).*

.....

d. Adres

.....

e. Organ prowadzący rejestr podmiotów wykonujących działalność leczniczą

*(uwaga! Są to Okręgowa Rada Lekarska właściwa dla miejsca wykonywania praktyki zawodowej lub wojewoda)*

.....

f. Nr księgi rejestrowej

.....

g. Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

*(uwaga! Dotyczy osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych, np. ratowników medycznych, rehabilitantów)*

.....



**SZPITAL POWIATOWY**  
im. Pralata J. Glowatzkiego  
w Strzelcach Opolskich

h. Numer NIP

.....  
i. Nazwiska osób wykonujących świadczenia wraz z tytułem specjalizacji lub nazwą specjalizacji w trakcie realizacji:

.....  
.....  
3. Proponowana cena jednostkowa za udzielanie świadczeń:

1. Świadczenie usług medycznych w zakresie zarządzania Szpitalnym Oddziałem Ratunkowym wraz z zespołami wyjazdowymi ratownictwa medycznego i Izbą Przyjęć Szpitala Powiatowego w Strzelcach Opolskich z jednoczesnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych w godzinach 07:00 – 14:35 w dni robocze od poniedziałku do piątku.

a. zarządzanie SOR i ZWRM z jednoczesnym udzielaniem świadczeń zdrowotnych w dni robocze od godz. 07:00 do 14:35 - .....

b. proponowana wysokość stałego ryczałtu za pracę w godzinach od 07:00 do 14:35 w dni robocze jako alternatywa do punktu 1a - .....

Załączniki do niniejszej oferty:

- a. wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- b. dokumenty potwierdzające ubezpieczenie oferenta od odpowiedzialności cywilnej za szkody z tytułu prowadzonej działalności gospodarczej, na kwotę 350.000 euro,
- c. prawo wykonywania zawodu,
- d. dyplom potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty

**Powyższe dokumenty 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