

## FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji psychiatrycznych na rzecz pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich.

### I. Dane oferenta:

1. Imię i nazwisko:.....
2. Specjalizacja (jeśli dotyczy).....
3. Tytuł zawodowy: .....

### II. Określenie warunków lokalowych,:

Miejscem udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu są pomieszczenia Przyjmującego Zamówienie.

### III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

L.p.	Szczegółowy zakres świadczeń	Cena jednostkowa za usługę brutto
1	2	3
1	Badanie osób z zaburzeniami psychicznymi na terenie ZOZ w Końskich w sytuacji stosowania przymusu bezpośredniego	
2	Wydanie opinii telefonicznej dotyczącej przedłużenia okresów stosowania przymusu bezpośredniego	

### IV. Załączniki do oferty:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez Świętokrzyską Izbę Lekarską.
2. Kopia prawa wykonywania zawodu.
3. Dokument potwierdzający stopień specjalizacji (jeśli dotyczy).
4. Zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej.
5. Kopia polisy OC podmiotu leczniczego.
6. Aktualne zaświadczenie lekarskie wystawione przez lekarza Medycyny Pracy
7. Zaświadczenie ukończenia okresowego szkolenia w zakresie BHP

- V. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o wszczęciu postępowania konkursowego na świadczenie usług zdrowotnych w ZOZ w Końskich.

.....

data

.....

podpis oferenta