

## FORMULARZ OFERTOWY

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie specjalistycznej opieki lekarskiej nad pacjentami oddziału/poradni..... Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich.

### I. Dane oferenta:

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

### II. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny:

Świadczenia zdrowotne zawarte w ofercie wykonywane będą na bazie sprzętu i pomieszczeń oddziału/poradni: .....

### III. Określenie stawki udzielania świadczeń:

**Stawka świadczeń zdrowotnych poza regulaminowym czasem wykonywanych w dni:**

- powszednie.....zł/h
- świąteczne i wolne od pracy.....zł/h

**Stawka za wykonywanie świadczeń w czasie regulaminowym – .....zł/h**

### IV. Załączniki do oferty:

1. Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydane przez **Świętokrzyską Izbę Lekarską**.
2. Kopia prawa wykonywania zawodu lekarza
3. Dokument potwierdzający stopień specjalizacji- kopia (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.
8. Zaświadczenie wystawione przez Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie chirurgii naczyniowej potwierdzające wykonanie 100 implantacji stentgraftów u chorych z tętniakami aorty piersiowej, brzuszno-piersiowej i brzusznej - Zgodnie z polskimi zaleceniami wewnątrznaczyniowego leczenia chorób tętnic obwodowych i aorty 2009 oraz stanowiskiem Konsultanta Krajowego w dziedzinie chirurgii naczyniowej.
9. Zaświadczenie wystawione przez Konsultanta Wojewódzkiego do spraw radiologii i diagnostyki obrazowej potwierdzające dwuletni staż pracy w zakresie wykonywania radiologicznych procedur diagnostycznych naczyniowych oraz w zakresie wykonywania

procedur radiologicznej diagnostyki naczyniowej i terapii naczyniowej, o którym mowa w § 6 ust. 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 27 marca 2008 r. w sprawie minimalnych wymagań dla jednostek ochrony zdrowia udzielających świadczeń zdrowotnych z zakresu rentgenodiagnostyki, radiologii zabiegowej i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych (Dz.U. z 2008 r., nr 59, poz. 365 ze zm.).

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

.....  
data

.....  
podpis oferenta