......................................... Zielona Góra ..................... 2022 r.

( nazwa i adres oferenta) ( data)

**OFERTA  
 Dyrektor  
Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze  
ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra**

**CZĘŚĆ I**

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na zawarcie przez Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umów o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie [*zakreślamy znakiem* **X** *rodzaj oferowanego świadczenia w* ***□*** *oraz miejsce świadczenia □* ]: **Oferuję (oferujemy) wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie** ............................................................................................................................., **realizowanych dla SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze.**

|  |
| --- |
| **1. □ AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA Z.Góra □ Gorzów □**  **□ REHABILITACJA LECZNICZA**  **□ OPIEKA PSYCHIATRYCZNA** |

|  |
| --- |
| **2. □ PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**  □ **- LEKARZ Z.Góra □ Gorzów □ Międzyrzecz □**  □ **- PIELĘGNIARKA**  **□ - POŁOŻNA** |

|  |
| --- |
| **3. □ USŁUGI LEKARSKIE ŚWIADCZONE POZA NFZ Z.Góra □ Gorzów □**  **□ MEDYCYNA PRACY** |

|  |
| --- |
| **4. DYŻURY W ODDZIALE SZPITALNYM:**  **□ LEKARSKI**  **□ PIELĘGNIARSKI Z.Góra □**  **□ OPIEKUNA MEDYCZNY** |

|  |
| --- |
| **5.** □ **INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT**  **Z.Góra □ Gorzów □ Międzyrzecz** |

1.Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty, świadczeń zdrowotnych udzielać będziemy od dnia 1.1.2023 do dnia \_\_\_.\_\_\_.2023 r. na warunkach i zasadach określonych w ofercie oraz umowie.

2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się:

1. z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
2. ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń,
3. z projektem umowy i nie zgłaszam do niego zastrzeżeń, w przypadku korzystnego rozstrzygnięcia konkursu, wyrażam zgodę na włączenie jego postanowień do treści stosunku umownego łączącego strony,
4. z właściwymi Rozporządzeniami Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych   
   z zakresu objętego ofertą i spełniam jej wymogi,

5) z właściwym zarządzeniem Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów   
w rodzaju i zakresie świadczeń objętych ofertą i spełniam jej wymogi.

ust 4) i 5)[*nie dotyczą ofert: dyżurów lekarskich w oddziale szpitalnym, dyżurów opiekunów medycznych w oddziale szpitalnym, badań diagnostycznych*]

3. Oświadczam, że :

1. uważam (uważamy) się za związanego/ związaną/ związanych niniejszą ofertą przez okres wskazany w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. dane przedstawione w niniejszej ofercie są zgodne ze stanem faktycznym.
3. zobowiązuję się (zobowiązujemy się) – w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze – do zawarcia na okres objęty umową wymaganej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa umowy ubezpieczenia OC.

4. Oferta została złożona na ................... stronach (kartkach) podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr 1 do nr ...........................

5. Podaję proponowaną kwotę należności za realizację zamówienia ( z ewentualną kalkulacją elementów należności) oraz proponowany czas trwania umowy.

6. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

* 1. kwestionariusz oferty,
  2. załącznik nr 1 – aktualny wydruk z wpisu do właściwego rejestru,
  3. załącznik nr 2 – aktualny wydruk z KRS (jeśli istnieje),
  4. załącznik nr 3 – aktualny wydruk z CEiDG,
  5. załącznik nr 4 – *kopia lub ksero* decyzji o nadaniu nr NIP
  6. załącznik nr 5 – *kopia* lub *ksero* zaświadczenia o numerze identyfikacyjnym REGON,
  7. załącznik nr 6 – *kopia* *lub ksero* statutu oferenta (jeśli istnieje),
  8. załącznik nr 7 – *kopia* lub *ksero* prawa wykonywania zawodu,
  9. załącznik nr 8 – *kopie* lub *ksero* dyplomów potwierdzających kwalifikacje wymagane przepisami,
  10. załącznik nr 9 – *kopie* lub *ksero* dodatkowych kwalifikacji (odbyte kursy, szkolenia) wymagane przepisami,
  11. załącznik nr 10 – wykaz sprzętu medycznego wykorzystywanego w realizacji umowy wraz z *kopiami* lub *ksero* atestów,
  12. podmioty, które związane są przedmiotową umową z SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze  
      mogą złożyć **oświadczenie** , że dokumenty (wymienić jakie) złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w roku ubiegłym oraz dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne (oświadczenie na końcu oferty),

ł) oświadczenie oferenta o zatrudnianiu pracowników (oświadczenie na końcu oferty)

**Wszystkie ww. kserokopie dokumentów potwierdzone formułą „ZA ZGODNOŚĆ”, datą   
i podpisem składającego ofertę. Brak podpisu na niniejszej ofercie spowoduje odrzucenie oferty !**

**KLAUZULA INFORMACYJNA DLA SKŁADAJĄCYCH OFERTY**

Zgodnie z art. 13 ust. 1 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) dalej RODO (Dz.U. UE. L. z 2016 r. Nr 119) informujemy, że:

1. Administratorem danych osobowych osób składających oferty w konkursie jest **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji z siedzibą w Zielonej Górze**, ul. Wazów 42, 65-044 Zielona Góra;
2. Administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych – Panią Beatę Karczewską, z którą mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: [**rodo@poliklinika.zgora.pl**](mailto:rodo@poliklinika.zgora.pl)
3. Administrator będzie przetwarzał Państwa dane w celu realizacji postępowania konkursowego, tj. w celu niezbędnym do wypełnienia obowiązków i wykonywania szczególnych praw nałożonych na administratora, wynikających z art. 26 i 27 ustawy o działalności leczniczej (DZ. U. z 2022 r., poz.633 ze. zm..);
4. Dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym na podstawie przepisów prawa podmiotom , a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku   
   z realizacją usług na rzecz administratora (np. obsługa prawna, dostawa oprogramowania czy usług z zakresu obsługi teleinformatycznej, zleceniobiorca świadczący usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. Państwa dane nie będą przekazywane do państw trzecich/organizacji międzynarodowych.

Ponadto, zgodnie z art. 13 ust. 2 rozporządzenia RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przetwarzane wyłącznie przez okres prowadzenia konkursu na świadczenia zdrowotne, nie dłużej niż przez okres 5 lat od zakończenia postępowania konkursowego;
2. Przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania,   
   a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (Prezes Urzędu Ochrony Danych Osobowych)   
   w przypadku, gdy przetwarzanie danych osobowych odbywa się w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami;
3. Podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednak niezbędne do wzięcia udziału w postępowaniu konkursowym, przeprowadzanym na potrzeby wyłonienia wykonawcy umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne objęte konkursem. Konsekwencją ewentualnego niepodania danych osobowych będzie wykonanie obowiązku prawnego nałożonego na Administratora, tj. odrzucenie oferty;
4. Administrator w oparciu o Państwa dane osobowe nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany.

**……………….…….........................**

data, podpis oferenta lub osoby

uprawnionej do reprezentowania

................................... oferenta

pieczęć oferenta

|  |
| --- |
| **WNIOSEK OFERTOWY** |

|  |
| --- |
| Niniejszym składam ofertę w konkursie ofert na zawarcie przez SP Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Zielonej Górze umowy o udzieleniu świadczeń zdrowotnych dotyczącej: |

|  |
| --- |
| \* |

|  |
| --- |
| **DANE OFERENTA:** |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 | Pełna nazwa oferenta zgodnie z wpisem we właściwych rejestrach |
|  |
| 2 | Pełna nazwa organu, który utworzył zakład |
|  |
| 3 | Adres |
|  |
| 4 | Kod pocztowy |
|  |
| 5 | Powiat |
|  |
| 6 | Telefon |
|  |
| 7 | Fax |
|  |
| 8 | Poczta elektroniczna |
|  |
| 9 | NIP |
|  |
| 10 | REGON |
|  |
| 11 | Nazwa banku obsługującego |
|  |
| 12 | Nr konta bankowego związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej, zgłoszone do Urzędu Skarbowego lub CEIDG |
|  |
| 13 | Imię i nazwisko dyrektora lub innych osób funkcyjnych, uprawnionych do występowania  w imieniu oferenta |
| \*\* |
| 14 | Telefon kontaktowy |
|  |

\* wpisać właściwy rodzaj świadczeń zdrowotnych

\*\* dotyczy zakładów opieki zdrowotnej

|  |
| --- |
| **SZCZEGÓŁOWY FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ** |

|  |
| --- |
| **NAZWA I ADRES PORADNI:** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj aparatury i sprzętu medycznego** | **Typ/firma** | **Rok produkcji** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

................................................

data i podpis oferenta

|  |
| --- |
| **WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ WRAZ Z CZASEM PRACY** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **uwaga** | | 12 |  |  |  |  |
| **Czas pracy (dni i godziny)** | Piątek | 11 | od  do |  |  |  |
| Czw. | 10 | od  do |  |  |  |
| **WYKAZ OSÓB UDZIELAJĄCYCH ŚWIADCZEŃ** | Środa | 9 | od  do |  |  |  |
| Wtorek | 8 | od  do |  |  |  |
| Pon.dz. | 7 | od  do |  |  |  |
| **Miejsce udzielania świadczeń** | | 6 |  |  |  |  |
| **Kwalifikacje** | | 5 |  |  |  |  |
| **Nr prawa wykonyw. zawodu** | | 4 |  |  |  |  |
| **Imię nazwisko osoby udziel. świadczenia** | | 3 |  |  |  |  |
| **Zakres świadczeń** | | 2 |  |  |  |  |
| **Lp.** | | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Uwaga: dotyczy lekarzy, pielęgniarek, położnych oraz innych osób wykonujących zawody medyczne**

………………………………..

data, podpis oferenta

**CZĘŚĆ II**

**PROPONOWANE KWOTY NALEŻNOŚCI ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA**

**( z ewentualną kalkulacją kosztów) WRAZ Z PROPONOWANYM CZASEM TRWANIA UMOWY**

|  |
| --- |
| **1.** □ **AMBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA Z.Góra □ Gorzów □**  □ **REHABILITACJA LECZNICZA**  □ **OPIEKA PSYCHIATRYCZNA** |

pieczęć oferenta

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **UMOWY ZAWIERANE W RAMACH**  **NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA** | | | | | | | | | |
| **TYP ŚWIADCZENIA** | **RODZAJ ŚWIADCZENIA UDZIELANEGO PRZEZ** | liczba punktów na rok | | | liczba punktów na miesiąc | | cena punktu | kwota należności za realizację zamówienia | czas trwania umowy |
| cena porady |
| **AMUBULATORYJNA OPIEKA SPECJALISTYCZNA** | lekarz –specjalista |  | | |  | |  |  |  |
| **REHABILITACJA LECZNICZA** | lekarz w Porad. Rehab. |  | | |  | |  |  |  |
| fizykoterapeuta w zakresie zab. rehab. w warun. dom. |  | | |  | |  |  |  |
| fizykoterapeuta w zakresie zab. rehab. w warun. ambu. |  | | |  | |  |  |  |
| logopeda  w Oddz. Rehab. Neurolog. | **-** | | | **-** | |  | **-** |  |
| psycholog w Oddz. Rehab. Neurolog. | **-** | | | **-** | |  | **-** |  |
| terapeuta w Oddz. Rehab. Neurolog. | **-** | | | **-** | |  | **-** |  |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **OPIEKA PSYCHIATRYCZNA** | psychiatra  w Oddz. Dzien. Zaburz. Nerw. | |  |  | |  | |  |  |
| psycholog  w Oddz. Dzien. Zaburz. Nerw. | |  |  | |  | |  |  |
| psychoterapeuta w Oddz. Dzien. Zaburz. Nerw. | |  |  | |  | |  |  |
| psycholog w poradni leczenia nerwic | |  |  | |  | |  |  |
| psychiatra w poradni leczenia nerwic | |  |  | |  | |  |  |
| Psychoterapeuta w poradni leczenia nerwic | |  |  | |  | |  |  |
| psychiatra  w Porad. Zdrow. Psych. | |  |  | |  | |  |  |
| psychoterapeuta w Porad. Zdrow. Psych | |  |  | |  | |  |  |
| psycholog w Porad. Zdrow. Psych. | |  |  | |  | |  |  |
| psycholog w Porad.Psychol. | |  |  | |  | |  |  |
| psychoterapeuta w Porad.Psychol. | |  |  | |  | |  |  |

…………………………………

data, podpis oferenta

|  |
| --- |
| **2**. □ **PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA**  □ **- LEKARZ Z.Góra □ Gorzów □ Międzyrzecz □**  □ **- PIELĘGNIARKA**  □  **- POŁOŻNA** |

|  |
| --- |
| **PODSTAWOWA OPIEKA ZDROWOTNA - LEKARZ, PIELĘGNIARKA,POŁOŻNA** |

pieczęć oferenta

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OŚWIADCZENIE O LICZBIE UBEZPIECZONYCH OBJĘTYCH OPIEKĄ** | | | |
| Oświadczam, że obecnie obejmuje opieką .........ubezpieczonych wg struktury wiekowej: | | | |
| Lp. | przedział wiekowy | ilość osób | uwagi |
| 1. | 0 – 6 lat |  |  |
| 2. | 7- 19 lat |  |  |
| 3. | 20-39 lat |  |  |
| 4. | 40-65 lat |  |  |
| 5. | od 66 do 75 r.ż |  |  |
| 6. | pow. 75 r.ż. |  |  |
|  | RAZEM |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UMOWA W RAMACH NFZ** | | | |  |
| **L.p.** | **Nazwa świadczenia** | **jednostka rozliczeniowa** | **Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej**  (w PLN) | czas trwania umowy |
| **1.1a** | **Świadczenia lekarza poz** | | |  |
| 1.1.1a | Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni do 6 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 1.1.2a | Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 7-19 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 1.1.3a | Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 20-39 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 1.1.4a | Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni 40-65 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 1.1.5a | Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni w wieku od 66. do 75. r.ż. | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 1.1.6a | Kapitacja w opiece lekarskiej poz ubezpieczeni powyżej 75 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 1.1.7a | Kapitacja w opiece lekarskiej poz podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 1.1.8a | Świadczenie lekarza poz w profilaktyce ChUK | Porada |  |
| 1.1.9a | Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów | Porada |  |
| 1.1.10a | Świadczenie lekarza poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP | Porada |  |
| 1.1.11a | Świadczenie lekarza poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat) | Porada |  |
| 1.1.12a | Świadczenie lekarza poz w ramach kwalifikacji do realizacji transportu ,,dalekiego” w POZ | Porada |  |
| 1.1.13a | Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem karty DiLO | Porada |  |
| 1.1.14a | Świadczenie lekarza poz związane z wydaniem zaświadczenia osobie niezdolnej do samodzielnej egzystencji | Porada |  |  |
| 1.1.15a | Pierwszorazowe świadczenie lekarza poz związane z oceną stanu zaszczepienia oraz stanu zdrowia wraz ze szczepieniem dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy | Porada |  |  |
| 1.1.16a | Świadczenie lekarza poz związane z realizacją indywidualnego kalendarza szczepień (IKSz) dla osoby spoza listy świadczeniobiorców innej niż ubezpieczona, uprawnionej do świadczeń na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy o pomocy | Porada |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UMOWA W RAMACH NFZ** | | | |  |
| **L.p.** | **Nazwa świadczenia** | **jednostka rozliczeniowa** | **Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej**  (w PLN) | czas trwania umowy |
| 2.1 | **Świadczenia pielęgniarki POZ** | | |  |
| 2.2 | Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni do 6 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 2.3 | Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni 7-65 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 2.4 | Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz ubezpieczeni powyżej 65 rż | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 2.5 | Kapitacja w opiece pielęgniarskiej poz podopieczni DPS lub placówki socjalizacyjnej, interwencyjnej lub resocjalizacyjnej | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 2.6 | Świadczenie pielęgniarki poz w ramach realizacji profilaktyki gruźlicy | Porada |  |
| 2.7 | Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach nagłych zachorowań ubezpieczonym spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów | Porada |  |
| 2.8 | Świadczenie pielęgniarki poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP | Porada |  |
| 2.9 | Świadczenie pielęgniarki poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat) | Porada |  |
|  | Świadczenie pielęgniarki poz w profilaktyce CHUK | Porada |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **UMOWA W RAMACH NFZ** | | | |  |
| **L.p.** | **Nazwa świadczenia** | **jednostka rozliczeniowa** | **Wartość miesięcz. stawki kapit., ceny jednostkowej**  (w PLN) | czas trwania umowy |
| **3.1** | **Świadczenia położnej POZ** | | |  |
| 3.2 | Kapitacja w opiece położnej poz | Stawka kapitacyjna miesięczna |  |
| 3.3 | Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej | Porada |  |
| 3.4 | Wizyta położnej poz w edukacji przedporodowej – wada letalna płodu | Porada |  |
| 3.5 | Wizyta patronażowa położnej poz | Porada |  |
| 3.6 | Wizyta patronażowa położnej poz /wizyta w opiece nad kobietą po rozwiązaniu ciąży – wada letalna płodu | Porada |  |
| 3.7 | Wizyta położnej poz w opiece pooperacyjnej nad kobietami po operacjach ginekologicznych i onkologiczno-ginekologicznych | Porada |  |
| 3.8 | Świadczenie położnej poz udzielane w stanach nagłych zachorowań świadczeniobiorcom spoza OW oraz z terenu OW ale spoza gminy własnej i sąsiadujących i spoza listy zadeklarowanych pacjentów | Porada |  |
| 3.9 | Świadczenie położnej poz udzielane osobom spoza listy świadczeniobiorców innym niż ubezpieczone uprawnionym do świadczeń zgodnie z treścią art. 2 ust. 1 pkt. 2-4 oraz art. 54 ustawy, osobom uprawnionym jedynie na podstawie przepisów art. 12 pkt 6 lub 9 ustawy oraz obcokrajowcom posiadającym ubezpieczenie zdrowotne na podstawie zgłoszenia, w związku z czasowym zatrudnieniem na terytorium RP | Porada |  |
| 3.10 | Świadczenie położnej poz udzielane w stanach zachorowań osobom uprawnionym na podstawie przepisów o koordynacji (EKUZ, Certyfikat) | Porada |  |
| 3.11 | Świadczenie położnej poz – pobranie materiału z szyjki macicy do przesiewowego badania cytologicznego | Porada |  |  |
| 3.12 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie do 10. tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.13 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 11. do 14. tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.14 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 15. do 20 tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.15 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 21. do 26 tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.16 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie 27. do 32 tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.17 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 33. do 37. tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.18 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie od 38. do 39. tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.19 | Wizyta położnej POZ w prowadzeniu ciąży fizjologicznej, w okresie po 40. tyg. ciąży | Wizyta |  |  |
| 3.20 | Wizyta związana z wykonaniem Holtera RR | Wizyta |  |  |

…………………………………………………….

data i podpis oferenta

|  |
| --- |
| **3. □ USŁUGI LEKARSKIE ŚWIADCZONE POZA NFZ Z.Góra □ Gorzów □**  □ **MEDYCYNA PRACY** |

pieczęć oferenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **UMOWY OTWARTE**  **(POZA NARODOWYM FUNDUSZM ZDROWIA**) | | |
| **RODZAJE ŚWIADCZEŃ** | stawka w zł | czas trwania umowy |
|  | | |
| konsultacje dla potrzeb medycyny pracy  i Komisji Lekarskiej |  |  |
| konsultacje w oddziale szpitalnym |  |  |
| porady lekarskie płatne |  |  |
| wydanie zaświadczenia wskazanego w §.1 zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSWiA |  |  |
| wydanie opinii wskazanej w §.1 ust. k. zarządzenia nr 21/2011 Dyrektora SP ZOZ MSWiA |  |  |
|  | | |
| **Usługi lekarskie lekarza Medycyny Pracy** |  |  |

…………………………………

data, podpis oferenta

|  |
| --- |
| 1. **DYŻURY NA ODDZIAŁACH SZPITALNYCH:**   **□ - LEKARSKI**  □ **- OPIEKUNA MEDYCZNEGO** |

pieczęć oferenta

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SPECJALISTA** | **typ dyżuru** | **stawka 1 godz./zł** |
| **LEKARZ** | zwykły |  |
| świąteczny |  |
| **OPIEKUN MEDYCZNY** | dyżur opiekuna medycznego |  |

……….………………………..

data, podpis oferenta

|  |
| --- |
| **5.** □ **INNE ŚWIADCZENIA WYSZCZEGÓLNIONE W OGŁOSZENIU O KONKURSIE OFERT**  **Z. Góra □ Gorzów □ Międzyrzecz □** |

**OFERENT MOŻE DOŁĄCZYĆ WŁASNĄ SPECYFIKACJĘ WRAZ Z CENNIKIEM**

pieczęć oferenta

|  |  |
| --- | --- |
| rodzaj świadczenia | cena za świadczenie w zł |
|  |  |

**Jeżeli oferta przekracza 10 pozycji, prosimy o złożenie jej w wersji papierowej oraz elektronicznej.**

………………………………..

data, podpis oferenta

………………………………………. ………………………………………..

(oferent) (miejscowość, data)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że następujące dokumenty:

1. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
3. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
5. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
6. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
7. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
8. ……………………………………………………………………………………………………………………………………………
9. …………………………………………………………………………………………………………………………………………….

zostały złożone do SP ZOZ MSWiA w Zielonej Górze w postępowaniach konkursowych w ubiegłych latach a dane w nich zawarte nie uległy zmianie i są aktualne.

..…………………….…..  
(podpis oferenta)

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że zatrudniam/nie zatrudniam pracowników w ramach stosunku pracy/ w ramach umowy cywilnoprawnej.

\*niepotrzebne skreślić

..…………………….…..  
(podpis oferenta)