

## FORMULARZ KONKURSOWY

**Oferent:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Numer tel. ....

NIP, REGON: .....

W nawiązaniu do otwartego konkursu na „Świadczenie usług medycznych oraz wynajem pomieszczeń na świadczenie usług medycznych na podstawie kontraktu z NFZ na terenie Gminy Rybno” proponuję następujący zakres świadczeń usług medycznych:

**I. Świadczenie usług medycznych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie kontraktu z NFZ na terenie Gminy Rybno**

**1) usługi ambulatoryjne:**

- a) położna – .....
- b) pielęgniarka – .....
- c) świadczenia profilaktyczne - .....
- d) świadczenie pielęgniarki szkolnej - .....
- e) świadczenie transportu sanitarnego POZ - .....

**2) za udostępnienie lekarzy:**

- a) lekarz rodzinny (min. 1,5 etatu minimum 2 lekarzy) – .....
- b) lekarz pediatra - .....
- każdy dodatkowy lekarz rodzinny – .....
- c) ginekolog - ....., kardiolog - .....,  
chirurg- ....., ortopeda- ....., diabetolog-.....
- d) lekarze innej specjalności .....
- e) zadanie koordynowane – koordynacja opieki - .....

**3) diagnostyka:\***

- a) badania laboratoryjne i mikrobiologiczne – .....

- b) badania ciśnienia – .....,
- c) badania USG w miejscu / skierowanie na badanie USG – .....,
- d) skierowanie na badania RTG – .....,
- e) badania Holter w miejscu / skierowanie na badanie Holter – .....,
- f) próba wysiłkowa w miejscu / skierowanie na próby wysiłkowe - .....
- g) inne badania – .....

**4) czas pracy ośrodka zdrowia:**

- a) w dniach .....
- b) w godzinach .....

**II. Świadczenie usług medycznych z zakresu stomatologii ogólnej na podstawie kontraktu z NFZ na terenie Gminy Rybno**

**1) lekarza stomatologii ogólnej**

- a) stomatolog-.....,
- b) profilaktyka - .....

**III. Świadczenie usług medycznych z zakresu fizjoterapii i rehabilitacji na podstawie kontraktu z NFZ na terenie Gminy Rybno**

**1) fizjoterapia i rehabilitacja\***

- a) fizjoterapeuta - ....., rehabilitant - .....
- b) kontrakt z NFZ / pozyskanie kontaktu z NFZ - .....
- c) czas pracy - .....

\*niepotrzebne skreślić lub wpisać nie dotyczy

**Załączniki do oferty\*:**

1. aktualne zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
2. aktualne zaświadczenie o wpisie do właściwego rejestru przedsiębiorców.
3. kopię dokumentu nadania nr NIP, nr REGON.
4. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe oraz prawa wykonywania zawodu osób udzielających świadczeń będących przedmiotem konkursu.

5. wykaz wykonywanych usług w zakresie wykonywania świadczeń zdrowotnych w okresie ostatnich 2 lat przed terminem złożenia oferty.
6. inne.

\*niepotrzebne skreślić

.....  
(miejsowość i data) (pieczęć imienna oferenta i podpis