

*Szpital Ogólny  
w Kolnie*

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Niniejszym zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie w zakresie wykonywania badań z zakresu diagnostyki histopatologicznej i cytologii na rzecz pacjentów Szpitala Ogólnego w Kolnie*

**Uwaga!**

Sposób wypełniania oferty przedstawiono na ostatniej stronie

Lp.	A	B	C
1	Imiona i nazwisko / Nazwa oferenta		
2	Adres korespondencyjny / nr kontaktowy		
3	Numer Prawa wykonywania zawodu		
4	Okres obowiązywania polisy		
5	Kwalifikacje zawodowe (specjalizacja, kursy)		
6	Proponowana stawka za jedno badanie : - za zbadanie 1 wycinka z zakresu histopatologii ..... zł - za zbadanie 1 wycinka z zakresu histopatologii sekcyjnej, ..... zł - za zbadanie 1 rozmazu z zakresu cytologii ginekologicznej, ..... zł - za zbadanie 1 rozmazu z zakresu cytologii złuszczeniowej nieginekologicznej ..... zł - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa jednej zmiany, bez względu na ilość wykonanych rozmazów, ..... zł - biopsja aspiracyjna cienkoigłowa dwóch zmian, bez względu na ilość wykonanych rozmazów, ..... zł		

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- biopsja aspiracyjna cienkoigłowa 3 zmian, bez względu na ilość wykonanych rozmazów, .....</li> <li>- za badanie autopsyjne, .....</li> <li>- za badanie 1 wycinka z zakresu histopatologii śródoperacyjnej, .....</li> <li>- za jedno oznaczenie z zakresu badań immunohistemiczne .....</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>zł</li> <li>zł</li> <li>zł</li> <li>zł</li> </ul>
7	Proponowany czas trwania umowy (min.1 rok)	Od 01.04.2025r. do 31.03.2028r

*Uwaga!*

1. Wypełnić czytelnie **WIELKIMI** literami.
2. W kolumnie A wskazano rodzaj wymaganej informacji, którą oferent podaje w kolumnie B. Kolumnę C wypełnia Komisja Konkursowa, przyznając punkty od 1 do 10.
3. W przypadku braku miejsca w niniejszym formularzu na podanie wszystkich danych, informacje należy zapisać na doatkowej karcie i dołączyć do oferty.
4. Wszystkie strony ofert, załączniki oraz zapisy o zmianach w treści udzielanych informacji muszą być parafowane.

## WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW

Wraz z ofertą konkursową oraz oświadczeniami o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i akceptacji postanowień umowy, m która zostanie podpisana z osobą wskazaną przez Komisję Konkursową :

1. Jako osoba prowadząca indywidualną/grupową praktykę lekarską składam:

- Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).
- Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.
- Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)
- Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
- Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową
- Inne (wymienić):

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

1. Jako osoba fizyczna nieprowadząca działalności składam:

- Kopię dokumentów potwierdzających posiadanie kwalifikacji zawodowych (w tym dyplom, prawo wykonywania zawodu, specjalizacje).
- Oświadczenie dotyczące ustalenia podlegania obowiązkowi ubezpieczeń społecznych / zdrowotnych.
- Dokument potwierdzający doświadczenie zawodowe.
- Aktualne orzeczenie do celów sanitarno-epidemiologicznych,
- Aktualne zaświadczenie lekarskie – badania wstępne (od lekarza medycyny pracy)
- Oświadczenia oferenta o zapoznaniu się z treścią konkursowego,
- Oświadczenie oferenta o akceptacji postanowień umowy, która zostanie podpisana z osobą wskazaną wskazaną przez Komisję Konkursową.
- Inne (wymienić):

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

.....  
data i podpis Oferenta