

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

**1. Dane oferenta**

A. Podmiot wykonujący działalność leczniczą:

Nazwa i siedziba .....

Nazwa rejestru ..... nr .....

NIP..... Regon.....

Pełnomocnik ..... kontakt .....

B. Osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny:

Imię i nazwisko ..... telefon.....

e-mail.....

adres: kod..... miejscowość .....

ulica ..... nr .....

NIP .....

C. Nr wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych

.....

D. Kwalifikacje; Specjalizacja (*nazwa, stopień i data uzyskania*)/Dyplom .

.....

.....

## 2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Ośrodka Leczenia Odwykowego w Woskowicach Małych zgodnie z załączonym wykazem badań

## 3. Oświadczenie

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że byłem(em)/nie byłem(em)\* karana(y) za przewinienia zawodowe ani inne przestępstwa.
3. Oświadczam, iż posiadam niezbędne uprawnienia do wykonywania świadczenia, dysponuję niezbędną wiedzą oraz doświadczeniem.
4. Oświadczam, że złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
5. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w miejscu i terminie wyznaczonym przez organizatora konkursu.
6. Oświadczam, że w przypadku podpisania umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne przedstawię stosowną umowę obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
7. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych udzielać będę osobiście\*/udzielać będą następujące osoby \*: .....  
.....  
.....
8. Oświadczam, że wykonujemy badania w zakresie poziomu substancji psychoaktywnych.

.....  
data

.....  
podpis oferenta

\* niepotrzebne skreślić

**WYKAZ BADAŃ BĘDĄCYCH PRZEDMIOTEM ZAMÓWIENIA  
DLA OŚRODKA LECZENIA ODWYKOWEGO W WOSKOWICACH MAŁYCH**

<i>L.P</i>	<i>NAZWA BADANIA</i>	<i>Cena jednostkowa</i>	<i>Szacunkowa liczba badań w skali roku</i>	<i>Wartość</i>
1.	Morfologia		1000	
2.	Na (sód)		750	
3.	Kwas moczowy		40	
4.	Bilirubina całkowita		750	
5.	Cholesterol HDL		50	
6.	K (potas)		750	
7.	FT 3		10	
8.	FT 4		10	
9.	GGTP		800	
10.	Glukoza		800	
11.	HBS AG		10	
12.	HBS przeciwciała		10	
13.	Poziom Mocznika		10	
14.	Trójglicerydy		30	
15.	Kreatynina		800	
16.	ALAT		800	
17.	ASPAT		800	
18.	Białko całkowite		10	
19.	INR		20	
20.	Anty HCV		10	
21.	TSH		10	
22.	Amylaza		200	
23.	CK-MB		10	
24.	CRPu		500	
25.	OB		500	
26.	Mocz		50	
			<b>RAZEM</b>	

Podpis oferenta \_\_\_\_\_