

.....
Pieczęć firmowa oferenta

**Formularz ofertowy dotyczący realizacji ponadlimitowych gwarantowanych świadczeń zdrowotnych
dla mieszkańców gminy Jerzmanowa w roku 2026**

I. Dane oferenta

1.	Pełna nazwa oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, nr tel, adres e-mail	
3.	Nr księgi rejestrowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
4.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego	
5.	NIP	
6.	REGON	
7.	Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania oferenta (zgodnie z dokumentem rejestrowym)	
8.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu (imię i nazwisko, nr tel.)	
9.	Nazwa banku i nr konta bankowego	

II. Dostępność do świadczeń w ramach zadania (szczegółowe określenie miejsca realizacji świadczeń, dni i godzin, w których będą realizowane, sposobu rejestracji pacjentów – należy wskazać oddzielnie dla każdego rodzaju świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym)

1.	W zakresie Poradni endokrynologicznej:
2.	W zakresie Poradni neurologicznej:
3.	W zakresie Poradni stomatologicznej:

III. Zasoby kadrowe oferenta (należy wskazać dla każdego rodzaju świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym)

Lp.	Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe (tytuł zawodowy, specjalizacja)

IV. Warunki lokalowe i sprzętowe oferenta niezbędne do realizacji świadczeń (należy wskazać dla każdego rodzaju świadczeń zdrowotnych objętych postępowaniem konkursowym)

--

V. Kalkulacja kwoty należnej za realizację świadczeń (należy wskazać dla każdego rodzaju świadczeń objętych postępowaniem konkursowym)

L.p.	Nazwa świadczenia	Cena jednostkowa świadczenia w zł	Planowana liczba świadczeń	Wartość realizacji planowanych świadczeń w zł
	<i>Procedury medyczne, w tym:</i>			
1.	Poradnia endokrynologiczna			
1.1.				
1.2.				
1....				
	Razem:	-----	-----	
2.	Poradnia neurologiczna			
2.1.				
2.2.				
2....				
	Razem:	-----	-----	
3.	Poradnia stomatologiczna			
3.1.				
3.2.				
3....				
	Razem:	-----	-----	
Ogólna wartość oferty:				

....., dnia.....

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta

Do oferty należy dołączyć:

- oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert,
- wyciąg z Krajowego Rejestru Sądowego,
- kopię wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez Wojewodę Dolnośląskiego,
- statut podmiotu leczniczego – nie dotyczy przedsiębiorców, zgodnie z art. 23 i 24 w związku z art. 42 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2025 r., poz. 450),
- kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie niezbędnym dla realizacji świadczeń,
- oświadczenie Oferenta zawierające informację, że realizowane świadczenia nie będą refundowane przez Narodowy Fundusz Zdrowia ani inne podmioty,
- oświadczenie Oferenta potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych,
- oświadczenie Oferenta potwierdzające sytuację finansową gwarantującą właściwą realizację świadczeń,
- oświadczenie Oferenta potwierdzające warunki lokalowe i sprzętowe gwarantujące właściwą realizację świadczeń.