

# FORMULARZ OFERTOWY

do Konkursu Ofert na wykonywanie w roku 2015 zada z zakresu medycyny pracy polegaj cych na przeprowadzeniu bada lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wy szych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich z wył czeniem kandydatów i słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych dla dorosłych

## I. INFORMACJA O OFERENCIE:

1. Pełna nazwa Oferenta, adres siedziby, nr telefonu, adres e-mail:

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

2. Nr i data wpisu do wła ciwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonuj cego wpisu (w odniesieniu do podmiotów wykonuj cych działalno lecznicz nale y poda wpisy do rejestru wojewody i rejestru s dowego, dla praktyk lekarskich - wpisy w Kujawsko-Pomorskiej Okr gowej Izbie Lekarskiej i ewidencji działalno ci gospodarczej):

.....  
.....

3. REGON .....

4. NIP .....

5. Nazwa banku i numer konta Oferenta:

.....  
.....

6. Miejsce wykonywania wiadcze : a) nazwa placówki b) adres c) powiat

a) .....

b) .....

c) .....

## II. OFERTA CENOWA:

1. Wydanie orzeczenia opiera si b dzie na:

a) ocenie czynników szkodliwych, uci liwych lub niebezpiecznych dla zdrowia okre lonych w skierowaniu wydanym przez kieruj c do bada

placówek dydaktyczn ; wskazane jest uzupełnienie informacji podanych przez placówk dydaktyczn o własne spostrze enia z przeprowadzonych wizytacji miejsc odbywania praktycznej nauki zawodu;

- b) Rozporz dzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. w sprawie bada lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wy szych, i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikowanych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz.U. z 2014r., poz. 1144);
- c) Rozporz dzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania bada lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzecze lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tj. Dz.U. Nr 69, poz. 332 ze zm.);
- d) Ustawie z dnia 27 czerwca 1997r. o słu bie medycyny pracy (tj. Dz.U. z 2014r., poz. 1184);
- e) Rozporz dzeniu Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (tj. Dz.U. Nr 200, poz. 2047 ze zm.);
- f) Rozporz dzeniu Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej słu by medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosownych dokumentów (Dz.U. Nr 149. poz. 1002);
- g) Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalno ci leczniczej (tj. Dz.U. z 2013r. poz.217 ze zm.).

## 2. Ustalona przez Samorz d Województwa Kujawsko-Pomorskiego stawka za:

- |  |          |
|--|----------|
| a) badanie lekarza medycyny pracy w wydaniem orzeczenia  | 26,00 zł |
| b) badanie lekarza specjalisty                           | 24,00 zł |
| c) badanie diagnostyczne                                 | 14,00 zł |
| d) badanie analityczne                                   | 8,50 zł  |
| e) wydanie ponownego orzeczenia przy zmianie kier. nauki | 8,00 zł  |

## 3. Proponowana przez Oferenta cena i liczba bada :

	Cena	Liczba bada
a) lekarza medycyny pracy	.....	.....
b) lekarza specjalisty	.....	.....
c) diagnostyka	.....	.....
d) analityka	.....	.....
e) wydanie ponownego orzeczenia	.....	.....

### III. O WIADCZENIE OFERENTA ZAWIERAJĄCE WYKAZ LEKARZY UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA WIADCZE Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY WRAZ Z ICH KWALIFIKACJAMI ZAWODOWYMI, KTÓRZY B D REALIZOWAĆ UMOWY :

#### UWAGA:

Dane z poniższego o wiadczenia będą weryfikowane z Rejestrem podstawowych jednostek służby medycyny pracy z rejonu działania Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Toruniu. Zgłoszenia lekarzy uprawnionych w poszczególnych podstawowych jednostkach służby medycyny pracy winny być aktualne - stan na dzień złożenia Oferty.

#### 1. Kwalifikacje osób realizujących wiadczenia zdrowotne objęte postępowaniem konkursowym:

Lp	Imię i nazwisko lekarza	Rodzaj posiadanej specjalizacji	Nr wpisu do rejestru lekarzy	Nr prawa wykonywania zawodu

#### 2. Uzupełniaj ce konsultacje specjalistyczne i badania diagnostyczne w zakresie:

	Poradnie/pracownie własne	Umowy z innymi jednostkami**
1. Neurologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Okulistyki	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Otolaryngologii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Audiometrii	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |    |                            |                          |                          |
|----|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. | Spirometrii                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. | EKG                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. | Diagnostyki laboratoryjnej | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

\*\* (zaznaczy poprzez X)

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

.....  
(pieczęć i podpis Oferenta)