

FORMULARZ OFERTOWY

do konkursu ofert na wykonywanie w roku 2017 zadań z zakresu służby medycyny pracy polegających na przeprowadzeniu badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich z wyłączeniem 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 właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu (w odniesieniu do podmiotów wykonujących działalność leczniczą należy podać wpisy do rejestru wojewody i rejestru sądowego, dla praktyk lekarskich - wpisy w Kujawsko-Pomorskiej Okręgowej Izbie Lekarskiej i ewidencji działalności gospodarczej):

.....
.....

3. REGON

4. NIP

5. Nazwa banku i numer konta Oferenta:

.....
.....

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

a)

b)

c)

II. OFERTA CENOWA:

1. Wydanie orzeczenia opierać się będzie na:

- a) ocenie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia określonych w skierowaniu wydanym przez kierującą do badań placówkę dydaktyczną; wskazane jest uzupełnienie informacji podanych przez placówkę dydaktyczną o własne spostrzeżenia z przeprowadzonych wizytacji miejsc odbywania praktycznej nauki zawodu;

- b) rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadgimnazjalnych lub wyższych, i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikowanych kursów zawodowych oraz uczestników studiów doktoranckich (Dz.U. z 2014r., poz. 1144);
- c) rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tekst jednolity Dz.U. z 2016r. poz. 2067 ze zm.);
- d) ustawie z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz.U. z 2014r., poz. 1184 ze zm.);
- e) rozporządzeniu Rady Ministrów z dnia 24 sierpnia 2004r. w sprawie wykazu prac wzbronionych młodocianym i warunków ich zatrudniania przy niektórych z tych prac (tekst jednolity Dz.U. z 2016r. poz. 1509);
- f) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz. U. z 2015 r. poz. 2069);
- g) rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 lipca 2010 r. w sprawie rodzajów dokumentacji medycznej służby medycyny pracy, sposobu jej prowadzenia i przechowywania oraz wzorów stosowanych dokumentów (Dz. U. Nr 149 poz. 1002);
- h) ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity Dz.U. z 2016r. poz. 1638 ze zm.)

2. Proponowana przez Samorząd Województwa Kujawsko-Pomorskiego:

| | Cena: |
|---------------------------------|----------|
| a) lekarza medycyny pracy | 26,00 zł |
| b) lekarza specjalisty | 24,00 zł |
| c) diagnostyka | 14,00 zł |
| d) analityka | 8,50 zł |
| e) wydanie ponownego orzeczenia | 8,00 zł |

3. Proponowana przez Oferenta cena i liczba badań:

| | Cena: | Liczba badań: |
|---------------------------------|-------|---------------|
| a) lekarza medycyny pracy | | |
| b) lekarza specjalisty | | |
| c) diagnostyka | | |
| d) analityka | | |
| e) wydanie ponownego orzeczenia | | |

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA ZAWIERAJĄCE WYKAZ LEKARZY UPRAWNIONYCH DO WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ Z ZAKRESU MEDYCYNY PRACY WRAZ Z ICH KWALIFIKACJAMI ZAWODOWYMI, KTÓRZY BĘDĄ REALIZOWAĆ UMOWĘ:

UWAGA:

Dane z poniższego oświadczenia będą weryfikowane z Rejestrem podstawowych jednostek służb medycyny pracy z rejonu działania Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Toruniu.

Zgłoszenia lekarzy uprawnionych w poszczególnych podstawowych jednostkach służb medycyny pracy winny być aktualne - stan na dzień złożenia Oferty.

1. Kwalifikacje osób realizujących świadczenia zdrowotne objęte postępowaniem konkursowym (w tym również lekarze specjaliści – neurolog, okulista, laryngolog):

| Lp | Imię i nazwisko lekarza | Rodzaj posiadanej specjalizacji | Nr wpisu do rejestru lekarzy wykonujących badania profilaktyczne | Nr prawa wykonywania zawodu |
|----|-------------------------|---------------------------------|--|-----------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

2. Uzupełniające konsultacje specjalistyczne i badania diagnostyczne w zakresie:

poradnie/pracownie własne

umowy z inną jednostką**

- | | | | |
|----|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 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"/> |

** (zaznaczyć poprzez X)

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

.....
(pieczęć i podpis Oferenta)

Do oferty załączam:

- Kopię wpisu do właściwego rejestru:
 - w przypadku podmiotu leczniczego z rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę
 - w przypadku praktyk lekarskich z rejestru prowadzonego przez izbę Lekarską
- Kopię aktualnej polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej
- Informację o zakresie umów lub promes umów z podwykonawcami
- Kopie umów lub promes umów ze szkołami ponadgimnazjalnymi na badania profilaktyczne uczniów.