

Pieczęć nagłówkowa Oferenta

WZÓR FORMULARZA OFERTOWEGO

FORMULARZ OFERTOWY

na wykonywanie w roku 2019 zadań z zakresu służby medycyny pracy:

- prowadzenie działalności konsultacyjnej, diagnostycznej i orzeczniczej w zakresie patologii zawodowej – zgodnie z rozporządzeniem Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. w sprawie chorób zawodowych (tj. Dz.U. z 2013r. poz. 1367).
- rozpatrywaniu odwołań od treści zaświadczeń przewidzianych w Kodeksie pracy wydawanych przez lekarzy zatrudnionych przez Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 roku w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (tj. Dz.U.z 2016r. poz.2067)
- rozpatrywaniu odwołań od treści zaświadczeń wydanych przez lekarzy zatrudnionych w DWOMP zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2014r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych 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 z późn. zm.).

1. Nazwa i adres Oferenta.

NIP

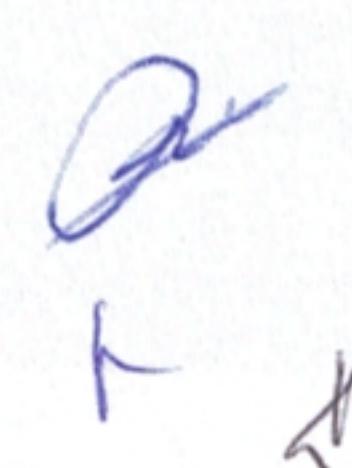
REGON.....

Numery

telefonufaksu.....

Adres e-mail

2. Nazwisko i imię osoby/osób oraz funkcja w organie reprezentującym podmiot.



3. Nazwa banku i numer konta Oferenta.

4. Miejsce wykonywania świadczeń (a) nazwa placówki, (b) adres,(c)województwo:

- a)
b)
c)

5. Oferta cenowa.

Propozycje kwoty należności z tytułu:

1) badania jednego pacjenta hospitalizowanego powyżej 3 dni -

kwota zł (słownie: złotych)

z wyjątkami:

- choroby z pkt.1*wymagające diagnostyki/leczenia środkami chelatującymi- kwota zł(słownie: złotych)
- choroby z pkt.6,7,8,9,10,11,12,13,25.1*wymagające wykonania swoistej próby prowokacyjnej- kwota zł (słownie: złotych)

- choroby z pkt. 6,7,8,9,10,11,12,13,25.1* bez swoistej próby prowokacyjnej kwota zł(słownie: złotych)
- choroby z pkt.18* - kwota zł (słownie: złotych)

2) badania jednego pacjenta hospitalizowanego do 1-3 dni -

- choroby zawodowe z pkt 2,3,4,5,14,16,17,19,20,23,24,26* - kwota.....,00 zł (słownie: złotych)
- choroby zawodowe z pkt 15* - kwota,00 zł (słownie złotych)

- choroby zawodowe z pkt 21,22* - kwota,00 zł (słownie złotych)
- choroby zawodowe z pkt 25.2-25.6* - kwota,00 zł (słownie: złotych)

3) badania jednego pacjenta diagnozowanego ambulatoryjne, który wymaga konsultacji innych specjalistów oprócz konsultacji specjalisty medycyny pracy - kwota zł (słownie: złotych)

4) badania jednego pacjenta diagnozowanego ambulatoryjne, który nie wymaga konsultacji innych specjalistów niż specjalisty medycyny pracy - kwota zł (słownie: złotych)

5) dodatkowa konsultacja na wniosek właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego nie wymagająca przeprowadzenia dodatkowych badań w IMP kwota zł (słownie: złotych)

6) dodatkowa konsultacja na wniosek właściwego Państwowego Inspektora Sanitarnego,wymagająca przeprowadzenia dodatkowych badań w IMP w trybie hospitalizacji bądź ambulatoryjnym wg kwot określonych w pkt.1-4

7) konsultacji lub wydania orzeczenia na podstawie dokumentacji, jeśli sprawa nie wymaga konsultacji innych specjalistów oprócz konsultacji specjalistów medycyny pracy – kwota zł (słownie

..... złotych) z wyjątkiem:

- choroby nowotworowe z pkt.17.1-8*- kwota.....,00 zł (słownie: złotych)

- choroby nowotworowe z pkt.17.9* - kwota.....zł
(słownie: złotych)
- 8) konsultacji lub wydania orzeczenia na podstawie dokumentacji, jeśli sprawa wymaga konsultacji innych specjalistów oprócz konsultacji specjalisty medycyny pracy kwota..... zł (słownie..... złotych)

* Punkty z wykazu chorób zawodowych (Rozporządzenie Rady Ministrów z dnia 30 czerwca 2009 r. (tj. Dz. U. z 2013 r. poz.1367).

6. Oferujemy następującą formę dostępności wykonywania badań:

- a) dni tygodnia
- b) godziny pracy.....
- c) czas oczekiwania pacjenta na wykonanie badań , konsultacji specjalistycznych i wydanie orzeczenia
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć firmowa oferenta)

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych
do reprezentacji oferenta)

