# Zał. nr 1

# OFERTA

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia  Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu ul. M. Reja 2A  
    47-220 Kędzierzyn-Koźle, o konkursie ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych **w okresie 01. 06 . 2021 – 10.12. 2021** dotyczącym badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych, ponadgimnazjalnych lub wyższych, którzy w trakcie nauki zawodu są narażeni na działanie czynników szkodliwych, uciążliwych lub niebezpiecznych dla zdrowia, (z wyłączeniem kandydatów i słuchaczy kwalifikacyjnych kursów zawodowych dla dorosłych), zakończonych wydaniem zaświadczenia lekarskiego i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
2. Niniejsza oferta dotyczy[[1]](#footnote-1):
   1. ..................................................................
   2. ..................................................................
   3. ..................................................................
   4. ..................................................................
   5. ..................................................................
   6. ..................................................................
   7. ..................................................................
   8. ..................................................................
   9. ..................................................................
   10. ..................................................................
3. Dane o oferencie:

1) ......................................................................................................................................

*nazwa i siedziba podmiotu leczniczego a w przypadku indywidualnej praktyki lekarskiej imię i nazwisko oraz adres,*

*dodatkowo-* ***bezwzględnie – numer telefonu kontaktowego***

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

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

2) Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub rejestru praktyk zawodowych lekarzy i dentystów.

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

1. Warunki lokalowe oraz wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny (wyposażenie gabinetu lekarskiego: leżanka, stetoskop, aparat do mierzenia ciśnienia, glukometr, tab. Snellena, tab. Ishihary ).

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

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

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

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

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

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

# V  Liczba i kwalifikacje lekarzy uprawnionych, zgłoszonych do udzielania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  lekarza | Specjalizacja  i uprawnienia do przeprowadzania badań profilaktycznych | Dokładnie określone miejsce i godziny przyjęć | Pieczątka i podpis lekarza |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

# VI  Liczba i kwalifikacje lekarzy specjalistów, zgłoszonych do udzielania  przedmiotowych świadczeń zdrowotnych:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Imię i nazwisko  lekarza | Specjalizacja | Dokładnie określone miejsce i godziny przyjęć | Pieczątka i podpis lekarza |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

 VII W przypadku prowadzenia praktyki lekarskiej i braku posiadania własnego sprzętu medycznego lub zatrudnionych specjalistów, należy obowiązkowo przedłożyć informację   
o możliwości współpracy z innymi podmiotami leczniczymi, w celu zabezpieczenia pełnej realizacji badań. Informacja powinna zawierać umowy o współpracy w zakresie konsultacji specjalistycznych, bądź co najmniej deklarację współpracy w tym zakresie.

VIII Wydanie zaświadczenia lekarskiego opierać się będzie na :

1. 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;
2. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 sierpnia 2019r. w sprawie badań lekarskich kandydatów do szkół ponadpodstawowych lub wyższych, i na kwalifikacyjne kursy zawodowe, uczniów tych szkół, studentów, słuchaczy kwalifikowanych kursów zawodowych oraz doktorantów (Dz.U. z 2019r. poz. 1651);
3. 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 (t.j. Dz.U. z 2016r. poz. 2067);
4. ustawie z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy ( Dz.U. z 2019r. poz. 1175);
5. 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);
6. rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (Dz.U. z 2020 r. poz. 666);
7. rozporządzeniu 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. z 2010 r. nr 149, poz. 1002);
8. art. 26 - art. 27 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej  
   ( Dz. U. z 2020 r .poz. 295 z późn. zm.)

Proponowane przez Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Opolu z/s w Kędzierzynie-Koźlu maksymalne ceny badań:

* 1. badanie przez lekarza uprawnionego - 70,00 zł
  2. konsultacje specjalistyczne:
     + okulistyczna - 30,00 zł
     + neurologiczna - 30,00 zł
     + laryngologiczna - 30,00 zł
  3. badania dodatkowe:
     + EKG - 10,00 zł
     + spirometria - 20,00 zł

- badanie audiometryczne 20,00 zł

* 1. badania laboratoryjne: - propozycja oferenta
     + ALAT
     + AspAT
     + bilirubina
     + glukoza
     + kreatynina
     + mocz
     + morfologia z rozmazem
     + retikulocyty

Proponowane przez Oferenta ceny badań:

1. badanie przez lekarza uprawnionego -
2. konsultacje specjalistyczne:
   * + okulistyczna -
     + neurologiczna -
     + laryngologiczna -
3. badania dodatkowe:
   * + EKG -
     + spirometria -

- badanie audiometryczne -

1. badania laboratoryjne:
   * + ALAT -
     + AspAT -
     + bilirubina -
     + glukoza –
     + kreatynina –
     + mocz -
     + morfologia z rozmazem
     + retikulocyty –

IXProponowany czas trwania umowy – od 01.06.2021 do 10 grudnia 2021r.

X Szacunkowa liczba badań ..................................

XI Oświadczam, że zabezpieczam możliwość wykonywania badań dodatkowych i korzystania z konsultacji specjalistycznych niezbędnych do wydania zaświadczenia lekarskiego.

XII W załączeniu przedstawiam kopię fragmentu statutu zakładu, dokumentującą  działalność w zakresie medycyny pracy ( nie dotyczy indywidualnych i grupowych praktyk lekarskich ).

XIII Oświadczam, iż wyrażam zgodę na podpisanie umowy, z uwzględnieniem wykonania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, określonego w § 11 umowy.

XIV Oświadczam, że przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku stwierdzenia w wyniku kontroli realizacji umowy, przeprowadzonej przez Zleceniodawcę, że ponad 500/0kontrolowanych świadczeń medycznych nie zostało wykonanych w całości   prawidłowo, WOMP w Opolu z/s Kędzierzynie-Koźlu przysługuje prawo wykluczenia mnie *(kierowanego przeze mnie podmiotu )* z konkursu ofert na wykonywanie powyższych świadczeń, na okres kolejnych 3 lat oraz odmowa wypłaty wynagrodzenia za realizację bieżącej umowy.

…………………………. ……………………………………

miejscowość i data podpis kierownika zakładu

1. w punktach 1-10 proszę określić powiat wyszczególniony w ogłoszeniu o konkursie, który zostanie zabezpieczony przez oferenta [↑](#footnote-ref-1)