

Załącznik nr 2 do ogłoszenia

FORMULARZ OFERTOWY

do ogłoszenia

na wybór placówek Podmiotów leczniczych, indywidualnych praktyk lekarskich oraz Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej posiadających umowę z OW NFZ na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej spełniającym warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych do współpracy w zakresie realizacji Programu polityki zdrowotnej pn. *Programu edukacyjno-profilaktycznego w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży* (dalej: Program) w ramach Projektu „Dorosłość bez próchnicy”

<i>Nazwa firmy:</i>	
<i>Adres siedziby:</i>	
<i>NIP:</i>	
<i>Tel./faks:</i>	
<i>Imię, nazwisko, telefon i e-mail osoby do kontaktu:</i>	

Składając ofertę w odpowiedzi na ogłoszenie deklaruję chęć współpracy w zakresie realizacji Programu poprzez zgłoszenie do programu podmiotu leczniczego, indywidualnej praktyki lekarskiej lub Przychodni Podstawowej Opieki Zdrowotnej:

Nazwa placówki:

Adres:

Województwo: mazowieckie łódzkie

W ramach udziału w programie placówka deklaruje:

- a) Podmiot leczniczy potwierdza, że dysponuje co najmniej 1 lekarzem stomatologiem do prowadzenia badania stomatologicznego z instruktą higieny jamy ustnej.
- b) udzielenie do 76 świadczeń polegających na badaniu stomatologicznym z instruktą higieny jamy ustnej.

Jednocześnie oświadczam, że:

- 1) Posiadam umowę z Narodowym Funduszem Zdrowia na realizację świadczeń opieki zdrowotnej spełniającym warunki realizacji świadczeń ogólnostomatologicznych określonym w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego.

- 2) Deklaruję, że świadczenia w placówce będą udzielane w dni powszednie, przy czym co najmniej dwa razy w tygodniu w godz. 8.00 -18.00
- 3) **Deklaruję, że w trakcie udziału placówki w Programie zapewnię udzielanie świadczeń w sobotę:**
- co najmniej jedna sobota w miesiącu
 - co najmniej jedna sobota w trakcie trwania Programu, przy czym termin tego świadczenia ustalony będzie z Realizatorem
 - co najmniej (podać liczbę) soboty w trakcie trwania Programu, przy czym termin tego świadczenia ustalony będzie z Realizatorem
 - inne: (proszę podać szczegóły)
- a) Deklaruję, że osoby wyznaczone do realizacji Projektu (lekarze stomatolodzy) są pracownikami placówki lub współpracują na podstawie innych umów na realizację świadczeń lekarza stomatologa.
- 4) Zapoznałem się z treścią umowy współpracy i Programu polityki zdrowotnej pn. *Programu edukacyjno-profilaktycznego w zakresie próchnicy zębów dla młodzieży* i w pełni akceptuję ich treść.

.....
Podpis osoby upoważnionej