Załącznik Nr 3

do zaproszenia do składania ofert

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY NA „SPRAWOWANIE OPIEKI STOMATOLOGICZNEJ NAD UCZNIAMI SZKÓŁ W ŚWIĘTOCHŁOWICACH”

…………………………………………

Data sporządzenia oferty

PREZYDENT MIASTA ŚWIĘTOCHŁOWICE

Ul. Katowicka 54 41-600 Świętochłowice

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dane oferenta** | | | |
| 1 | Pełna nazwa oferenta  wraz z adresem  oraz adresem e-mail |  | |
| 2 | Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  | |
| 3 | Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru |  | |
| 4 | NIP |  | |
| 5 | REGON |  | |
| 6 | Forma organizacyjno - prawna |  | |
| 7 | Osoba upoważniona do reprezentowania oferenta lub kierownik podmiotu leczniczego (imię, nazwisko, nr telefonu) |  | |
| **Informacja o zakresie umowy zawartej przez oferenta ze Śląskim Oddziałem Narodowego Funduszu Zdrowia o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne** | | | |
| 1 | Świadczenia ogólnostomatologiczne | |  |
| 2 | Świadczenia ogólnostomatologiczne dla dzieci i młodzieży do ukończenia 18 raku życia. | |  |
| **Podstawowe informacje o gabinecie dentystycznym, w którym będą realizowane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego** | | | |
| 1 | Gabinet dentystyczny spełnia wymagania, o których mowa w przepisach wydanych na podstawie art. 22 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492,730 i 959). | |  |
| **Informacje o personelu medycznym realizującym przedmiot porozumienia** | | | |
| 1 | Lekarz dentysta | |  |
| 2 | Pozostały personel medyczny | |  |
| **Organizacja świadczeń w zakresie opieki stomatologicznej** | | | |
| 1 | Proponowane szkoły do objęcia opieką zdrowotną  w zakresie opieki stomatologicznej (nazwa szkoły) | |  |
| 2 | Informacje o realizacji świadczeń opieki stomatologicznej realizowanych w ramach porozumienia tj.:  dni tygodnia i godziny realizacji  miejsce – adres gabinetu dentystycznego, pokój, telefon  czy jest możliwość telefonicznego umawiania terminów wizyt (w jakie dni/godziny) | |  |
| 3 | Proponowany czas trwania realizacji porozumienia | |  |

Podpis i pieczątka oferenta

Lub osoby uprawnionej przez oferenta