

Formularz zgłoszeniowy podmiotu leczniczego oferującego realizację zadania – sprawowanie opieki stomatologicznej nad uczniami szkół, dla których organem prowadzącym jest Powiat Sandomierski

I. Dane o podmiocie:

1. Pełna nazwa oferenta (podmiotu leczniczego):

.....
.....

2. Adres wraz z kodem pocztowym, telefonem, e-mail, faks:

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

3. NIP:

.....

4. REGON:

.....

5. Numer podmiotu w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

.....

6. Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem (imię i nazwisko, telefon , e-mail):

.....

7. Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu i składania oświadczeń woli w imieniu podmiotu (imię i nazwisko/pelniona funkcja):

.....

II. Organizacja udzielania świadczeń:

1. Miejsce udzielania świadczeń tj. adres siedziby gabinetu dentystycznego:

.....
.....

2. Imiona i nazwiska lekarzy dentystów, którzy będą sprawować opiekę dentystyczną:

a) lekarz, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży¹/lekarz, który jest zatrudniony¹ lub wykonuje zawód¹ u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży;

b) lekarz, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży¹/ lekarz, który jest zatrudniony¹ lub wykonuje zawód¹ u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży;

c) lekarz, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży¹/ lekarz, który jest zatrudniony¹ lub wykonuje zawód¹ u świadczeniodawcy, z którym NFZ zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży.

3. Dni i godziny udzielania świadczeń, w tym również w okresie wakacji i ferii zimowych:

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

4. Informacje dodatkowe w zakresie udzielania świadczeń, w tym doświadczenie w zakresie realizacji tego typu świadczeń w szkole lub na rzecz uczniów szkoły:

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

1 niepotrzebne skreślić

III. Oświadczenia

1. Oświadczam, że wszystkie podane w ofercie i załącznikach informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym.
2. Oświadczam, iż prowadzę działalność leczniczą w zakresie leczenia stomatologicznego dzieci i młodzieży.
3. Oświadczam, że spełniam wymogi określone w art. 31 d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.), w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży oraz że posiadam umowę zawartą z Narodowym Funduszem Zdrowia na udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w tym w zakresie dotyczącym zatrudnianych lub wykonujących u mnie zawód lekarzy dentystów¹.

Załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)

.....
(data i podpis oferenta)