

.....
(Pieczęć podmiotu)

Formularz

zgłoszenia przez podmiot leczniczy oferty na realizację zadania – objęcie opieką stomatologiczną uczniów szkół, których organem prowadzącym jest Miasto Kobyłka.

I. Dane podmiotu

Pełna nazwa oferenta (podmiotu leczniczego)	
Adres i dane kontaktowe (telefon, e-mail)	
NIP	
REGON	
Numer podmiotu w rejestrze podmiotów prowadzących działalność leczniczą	
Osoba odpowiedzialna za realizację zadania objętego zaproszeniem (imię, nazwisko, telefon, e-mail)	
Osoba upoważniona do reprezentowania podmiotu i składania oświadczeń woli (imię nazwisko/pelniona funkcja).	

II. Organizacja udziela świadczeń:

- 1) Miejsce udzielania świadczeń tj. dokładny adres siedziby gabinetu dentystycznego:.....
.....
- 2) Imiona i nazwiska lekarzy, którzy będą sprawować opiekę dentystyczną:
 - a)lekarz, z którym NFZ 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 młodzieży¹ (¹*niepotrzebne skreślić*).
 - b)lekarz, z którym NFZ 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 młodzieży¹ (¹*niepotrzebne skreślić*).

- c)lekarz, z którym NFZ 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 młodzieży¹ (¹*niepotrzebne skreślić*).

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

.....

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

.....

III. Oświadczenie:

- 1) Oświadczam, że wszystkie podane w zgłoszeniu 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, iż spełniam wymagania określone w art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2021 r. poz. 1285, z późn. zm.) w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego dla dzieci i młodzieży, z którym to Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielania świadczeń opieki zdrowotnej¹, w tym w zakresie dotyczącym zatrudnionych lub wykonujących u mnie zawód lekarz dentysta¹.

¹ *niepotrzebne skreślić*

.....
 Data, pieczęć i podpis oferenta