

Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 9 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” podpisem przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....

.....

2. Siedziba Oferenta :

Miejscowość ul. nr

kod pocztowy poczta

tel..... fax

Regon NIP

Nr konta bankowego w banku.....

.....

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za kwotę:

Cena brutto - zł

(słownie zł.:)

Cenę oferty wyliczono na podstawie cen jednostkowych określonych poniżej oraz ilości godzin świadczeń zdrowotnych określonych w Formularzu cenowym – Zał. Nr 1a oraz ilości procedur/JGP określonych w Formularzu cenowym – Zał. Nr 1b.

A. Zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji, zgodnie z systemem lub rozkładem czasu pracy obowiązującym w komórkach medycznych - **złoty brutto za godzinę**

Obszar	Nazwa komórki organizacyjnej	Świadczenia wykonywane w komórce org.		Za gotowość do udzielania świadczeń	
		Dni robocze zł brutto za 1 godz.	Inne dni zł brutto za 1 godz.	Dni robocze zł brutto za 1 godz.	Inne dni zł brutto za 1 godz.
I	Oddział Obserwacyjno -Zakaźny				
	Oddział Ftyzjopulmonologiczny				
	Pododdz. Reh. Pulmonologicznej				
	Oddział Chorób Wewnętrznych,				
	Oddział Opieki Paliatywnej				
	Oddział Onkologii Klinicznej				
	Pododdział Hematologiczny				
	Zakład Opiekuńczo-Lecniczy				
	Oddział Chorób Wewnętrznych i Geriatrii				
	Oddział Neurologiczny				
	Pododdz. Udarowy				
	Pododdz. Rehabilitacji Neurologicznej				
	Oddział Kardiologiczny – Budynek 1D				
	Oddział Kardiologiczny -WP (Pododdz. Kardiologii Inwazyjnej)i				
	Pracownia Hemodynamiki				
	Pododdz. Intensywnego Nadzoru Kardiologicznego				
	Oddział Rehabilitacji				
	Pododdział Rehabilitacji Kardiologicznej				
II	Oddział Otolaryngologiczny i				

	Oddział Okulistyczny				
	Oddział Okulistyczny				
	Oddział Urazowo -Ortopedyczny				
	Oddział Chirurgiczny Ogólny				
	Pododdz. Chirurgii Naczyniowe				
	Pododdz. Chirurgii Onkologicznej				
	Oddział Urologiczny				
	Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii				
III	Oddział Neonatologiczny				
	Oddział Dziecięcy				
IV	Dział Diagnostyki Obrazowej				

B. Wykonywanie procedur/JGP w pracowni Hemodynamicznej - złotych brutto za procedurę/JGP

L. p.	Rodzaj świadczenia zdrowotnego	Cena za procedurę /JGP zł brutto
1	koronarografia poza OZW, oraz koronarografię wykonaną jako jedyna procedura OZW)	
2	angioplastyka wieńcowa balonowa (poza OZW)	
3	angioplastyka z zastosowaniem 1 stentu (poza OZW)	
4	angioplastyka z zastosowaniem 2 lub więcej stentów (poza OZW)	
5	E11 OZW – leczenie inwazyjne dwuetapowe powyżej 3 dni(z wyłączeniem sytuacji w których koronarografia jest jedyną procedurą w OZW)	za procedurę
6	E12 OZW – leczenie inwazyjne złożone (z wyjątkiem sytuacji w których koronarografia jest jedyną procedurą wykonywaną w OZW)	

IV. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen przez okres 3 m-cy.
2. Oferuję termin płatności dni (min. 21 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: 01.07.2018r. do 30.06.2021 r.
6. Uważam się związany ofertą przez okres 45 dni.
7. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym

stanem faktycznym i prawnym.

10. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

V. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- | | |
|---------|----------|
| 1. | str. ... |
| 2. | str. ... |
| 3. | str. ... |
| 4. | str. ... |
| 5. | str. ... |
| 6. | str. ... |
| 7. | str. ... |

Miejscowość data

.....
(pieczętka i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)