

## 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. 8 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 Oferenta:

<b>Imię i nazwisko lekarza</b>																
<b>Rodzaj praktyki lekarskiej</b>						<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>										
<b>Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)</b>						<b>Nr księgi rejestrowej</b>										
<b>Adres zamieszkania</b>																
<b>Kraj</b>			<b>Miejscowość</b>													
<b>Kod pocztowy</b>			<b>Poczta</b>													
<b>Ulica</b>					<b>Nr domu</b>			<b>Nr lokalu</b>								
<b>E-mail</b>					<b>telefon</b>			<b>fax</b>								
<b>Adres do korespondencji</b>																
<b>Kraj</b>					<b>Miejscowość</b>											
<b>Kod pocztowy</b>				<b>Poczta</b>												
<b>Ulica</b>					<b>Nr domu</b>			<b>Nr lokalu</b>								
<b>Działalność gospodarcza</b>																
<b>Nazwa firmy</b>								<b>Siedziba</b>								
<b>Numer identyfikacji podatkowej (NIP)</b>							-				-			-		

### III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia w zakresie zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym WSzS w Białej Podlaskiej zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu, oferuję wynagrodzenie:

1. .... zł brutto (słownie: ..... złotych) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni robocze,
2. .... zł brutto (słownie: ..... złotych) za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w dni wolne od pracy, niedziele i święta.

### II. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosć cen przez okres 3 miesięcy.
2. Oferuję termin płatności ..... dni (min. 30 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale Ginekologiczno – Położniczym na okres: **od dnia zawarcia umowy do 31.12.2019r.** Za zgodą Stron umowy, wyrażoną w formie aneksu, okres obowiązywania umowy o którym mowa w ust. 1 może ulec przedłużeniu na okres nie przekraczający 12 miesięcy.
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że załączone wzory umów został przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
8. Zobowiązuję się, najpóźniej w dniu zawarcia umowy na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych, do zawarcia z Udzielającym Zamówienia umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
12. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
13. Oświadczam, że aktualnym miejscem mojego zatrudnienia jest (podać nazwę podmiotu leczniczego) : .....  
z siedzibą w ..... Oddział/ Poradnia .....

Miejscowość ..... data.....

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