

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:

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

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia w zakresie udzielenia świadczeń zdrowotnych **w zakresie wykonania badań histopatologicznych i cytologicznych dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej**, zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu, oferuję wynagrodzenie:

- 1) zł brutto (słownie zł) za pobranie materiału na każdy bloczek parafinowy z jego opisem makroskopowym,
- 2) zł brutto (słownie zł) od każdego bloczka parafinowego za ocenę mikroskopową wszystkich preparatów wykonanych z jednego bloczka parafinowego, w tym badania dodatkowe oraz postawienie rozpoznania,
- 3) zł brutto (słownie zł) za ocenę mikroskopową preparatu cytologicznego .

II. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen przez okres 12 miesięcy od dnia zawarcia umowy.
2. Oferuję termin płatności do 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 udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od dnia 01.05.2019r. do dnia 01.05.2020r.
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej 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. Zobowiązuję 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.
12. Oświadczam, że aktualnym miejscem mojego zatrudnienia jest.....
z siedzibą w

Miejscowość data.....

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