

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany 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 i pieczętą Oferenta, 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:

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

ZADANIE NR 1:

Cena brutto - zł

(słownie zł: zł)

Cenę oferty wyliczono na podstawie cen jednostkowych określonych poniżej oraz ilości godzin świadczeń zdrowotnych określonych w Formularzu cenowym – załącznik nr 1a do MI.

Oferuję za realizację zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu wynagrodzenie:

- a) Stawkę za godzinę udzielania świadczeń poza normalną ordynacją w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym WSzS w Białej Podlaskiej w wysokości zł brutto za godzinę w dni robocze,
- b) Stawkę za godzinę udzielania świadczeń poza normalną ordynacją w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym WSzS w Białej Podlaskiej w wysokości zł brutto za godzinę w inne dni (soboty, niedziele, święta).

ZADANIE NR 2:

Oferuję realizację zamówienia, zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu za wynagrodzenie:

Stawkę za godzinę udzielania świadczeń w normalnej ordynacji w Oddziale Ginekologiczno - Położniczym WSzS w Białej Podlaskiej w dni robocze (od poniedziałku do piątku za wyjątkiem świąt) w wysokościzł brutto za godzinę.

IV. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen przez okres (min. 3 m-cy).
2. Oferuję termin płatności do (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 01.08.2019r. do dnia 01.08.2021r. z możliwością przedłużenia umowy na okres nie przekraczający 12 miesięcy.
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 posiadam n/w okresy zatrudnienia w:
- Na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest Oddział
w
(nazwa podmiotu leczniczego)

Miejscowość data.....

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