

## 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. 8 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:

<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:**

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

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).

**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 01.01.2020r. do dnia 31.12.2020r. 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 )