

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:

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 wymaganiami określonymi w MI, za n/w wynagrodzeniem:

1)

Wynagrodzenie w kwocie brutto odpowiadającej%

(słownie:%) wartości podstawowej – związanej z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń chirurgii naczyniowej wg wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia dla Szpitala w Białej Podlaskiej – w przypadku wykonania ww. procedur przez jednego lekarza,

2)

Wynagrodzenie w kwocie brutto odpowiadającej%

(słownie:%) wartości podstawowej – związanej z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń chirurgii naczyniowej wg wyceny Narodowego Funduszu Zdrowia dla Szpitala w Białej Podlaskiej – w przypadku wykonania ww. procedur przez dwóch lekarzy.

IV. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosć cen przez okres trwania umowy.
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 31.03.2021r. 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)