

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” i podpisane 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				
Dane kontaktowe									
E-mail				telefon			fax		
Adres do korespondencji									
Kraj					Miejscowość				
Kod pocztowy			Poczta						
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
Działalność gospodarcza									
Nazwa firmy						Adres siedziby firmy			

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

A) Kryterium CENA

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

..... zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji w dni robocze z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, co do zasady jeden dzień w tygodniu, od godziny 8:00 do 15:35 w Oddziale Onkologii Klinicznej, Oddziale Chemioterapii Diennej, Poradni Onkologicznej,

..... zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w dni robocze, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, co do zasady jeden dzień w tygodniu, od godziny 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od 20:00 do 8:00 dnia następnego w Oddziale Onkologii Klinicznej.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

Lp.	Ilość lat pracy w Oddziale Onkologii Klinicznej	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Do 2 lat	
2.	Od 2 do 10 lat	
3.	Powyżej 10 lat	

Należy zaznaczyć jedną pozycję. Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

Lp.	Ilość lat pracy w Poradni Onkologicznej	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Do 2 lat	
2.	Od 2 do 10 lat	
3.	Powyżej 10 lat	

Należy zaznaczyć jedną pozycję. Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

IV. Oświadczenia :

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuję do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego

- zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.
4. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
 5. Oświadczam, że załączone wzory umów został przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
 6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
 7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
 8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
 9. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.

10. Podkryterium (Rozdz. 5 ust. 4 MI):

a) Na dzień złożenia oferty udzielam świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Wojewódzkiego szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej:

TAK NIE (właściwe podkreślić)

b) Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii:

w Oddziale Onkologii Klinicznej: lat..... miesięcy

w Poradni Onkologicznej: lat..... miesięcy

Miejscowość data.....

.....
(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.

- 4.
- 5.
- 6.
- 7.
- 8.
- 9.
- 10.