

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							
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				
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						-					-			-

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:

1. zł brutto za punkt w Poradni Chorób Zakaźnych,

2. zł brutto za przeprowadzenie kwalifikacji do włączenia pacjenta do leczenia w programie lekowym: program lekowy - LECZENIE CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIA WĄTROBY TYPU B, program lekowy - LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C - ze współczynnikiem „1,00”,
3. zł brutto za przeprowadzenie kwalifikacji do włączenia pacjenta do leczenia w programie lekowym: program lekowy - LECZENIE TERAPIĄ BEZINTERFERONOWĄ CHORYCH NA PRZEWLEKŁE WIRUSOWE ZAPALENIE WĄTROBY TYPU C - ze współczynnikiem „1,68”.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Poradni Chorób Zakaźnych:	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Do 2 lat
2.	Powyżej 2 lat 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 o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od **15.07.2026r.** do **14.07.2028r.** z **możliwością przedłużenia na okres 12 miesięcy.**
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 umów 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 (Rozdział 5 ust. 4 MI):

- 1) **Na dzień złożenia oferty udzielam świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej: TAK NIE** (podkreślić właściwe)
- 2) Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w:

Poradni Chorób Zakaźnych - lat miesięcy.

Miejscowość data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.