Załącznik Nr 1 do MI

Konkurs: ZO.5030/7/2019

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta :

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany 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 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. Oferowana kwota wynagrodzenia za udzielanie świadczeń zdrowotnych	
Opis zadania	Oferowany koszt brutto jednej godziny świadczenia
Wykonywanie świadczeń zdrowotnych **poza godzinami normalnych ordynacji lekarskich** t.j. od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.05 do 7.30 dnia następnego oraz w soboty, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy, w godzinach od 7.30 danego dnia do godziny 7.30 dnia następnego w **Szpitalnym Oddziale Ratunkowym.**	
Szpitalny Oddział Ratunkowy:	
lekarz specjalista w dziedzinie medycyny ratunkowej	
lekarz specjalista w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii	
lekarz który ukończył co najmniej drugi rok specjalizacji w dziedzinie medycyny ratunkowej, anestezjologii i intensywnej terapii, chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej, chirurgii dziecięcej, kardiologii, neurologii, ortopedii i traumatologii narządu ruchu, ortopedii i traumatologii lub pediatrii	
Dodatek za pełnienie funkcji Głównego Lekarza Dyżurnego – za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie, dni wolne od pracy, niedziele i inne dni ustawowo wolne od pracy,	
Dodatek za każdy wypis pacjenta ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego	

IV. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen przez okres …. (min. 6 m-cy).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od dnia 18.03.2019 r. do 30.06.2021 r. i wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 3 miesięcy.
5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
6. 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.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego zamówienia.
10. Zobowiązuję się, najpóźniej w dniu zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych, do zawarcia z Udzielającym Zamówienia umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych, na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i

sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Samodzielnego Publicznego Szpitala Wojewódzkiego im. Papieża Jana Pawła II w Zamościu.

Miejscowość ..... data.....

.....

(pieczątka i podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)