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. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia w zakresie udzielenia świadczeń zdrowotnych **w zakresie wykonania badań kolonoskopii przesiewowej w profilaktyce raka jelita grubego w Centralnej Pracowni Endoskopii WSzS w Białej Podlaskiej**, zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu, oferuję wynagrodzenie:

1) …… zł brutto (słownie: ..... złotych)

za wykonanie jednego badania kolonoskopii przesiewowej,

II. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen przez okres obowiązywania umowy.
2. Oferuję termin płatności ..... dni (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 01.04.2019r. do dnia 31.07.2020r.
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. Zobowiązuje 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 aktualnym miejscem mojego zatrudnienia jest *(podać nazwę podmiotu leczniczego)* : ..... z siedzibą w ..... Oddział .....

Miejscowość ..... data.....

.....

(pieczątka i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)