

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						
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 wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

- 1) zł brutto za jeden miesiąc, tj. 79 godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji, tj. od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w Oddziale Urazowo – Ortopedycznym oraz w zakresie nadzoru merytorycznego w każdym czasie,
- 2) zł brutto za punkt w Poradni Urazowo-Ortopedycznej.

IV. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień projektu umowy (załącznik nr 2 do MI).
2. Oferuję termin płatności do dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury 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 **01.10.2021r.** do **30.09.2023r.**
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. 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.
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 przez Udzielającego Zamówienie 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 doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie ortopedii i traumatologii narządu ruchu:

Oddział Urazowo - Ortopedyczny - lat..... miesięcy,

Poradnia Urazowo - Ortopedyczna - lat miesięcy.

13. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest (oddział)

..... W

..... (należy wpisać nazwę podmiotu leczniczego)

Miejscowość data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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