

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 jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji, tj. od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy od godziny 8:00 do 15:30 w Oddziale Okulistycznym,
2. zł brutto za punkt w Poradni Okulistycznej,
3. zł brutto za punkt za wykonywanie świadczenia: wizyta kontrolna i kwalifikacyjna do zabiegu zaćmy w Poradni Okulistycznej,
4. zł brutto za punkt za wykonywanie świadczenia: realizacja programów lekowych (bez leków) w Poradni Okulistycznej,
5. zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (od 19:00 do 20:00) w Oddziale Okulistycznym,
6. zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w pozostałe dni (od 11:00 do 12:00, od 19:00 do 20:00) w Oddziale Okulistycznym,
7. zł brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (od 15:30 do 8:00 dnia następnego lub od 20:00 do 8:00 dnia następnego z wyłączeniem godzin dyżuru stacjonarnego) w Oddziale Okulistycznym,
8. zł brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w pozostałe dni (od 8:00 do 8:00 dnia następnego z wyłączeniem godzin dyżuru stacjonarnego) w Oddziale Okulistycznym.

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 dnia 01.06.2023r. do dnia 31.05.2025r.**
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. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w
Oddziale Okulistycznym- lat..... miesięcy,
Poradni Okulistycznej - lat..... miesięcy.
11. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest
.....
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.