

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” i podpisane 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		Pocztą																
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 (stawka podstawowa)** za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć w miesiącu, w którym ilość porad sprawozdanych do NFZ ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć nie przekroczyła 1 750,
- 2) **stawka podstawowa powiększona o kwotę 10,00 zł brutto** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć w miesiącu, w którym ilość porad sprawozdanych do NFZ ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć wyniesie od **1 751** do **1 900**,
- 3) **stawka podstawowa powiększona o kwotę 20,00 zł brutto** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć w miesiącu, w którym ilość porad sprawozdanych do NFZ ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć przekroczyła **1 900**.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym:	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 dnia 01.11.2025r. do dnia 31.12.2027r. Za zgodą stron, wyrażoną w formie aneksu, umowa może być przedłużona na okres nieprzekraczający 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 (Rozdz. 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:

Szpitalny Oddział Ratunkowy - lat..... miesięcy.

Miejscowość data.....

.....
(podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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