

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. 8 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			Poczta																
Ulica						Nr domu			Nr lokalu										
Działalność gospodarcza																			
Nazwa firmy						Adres siedziby													
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)									-				-				-		

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

A) Kryterium CENA

Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, zgodnie z wymogami określonymi w *Materialach informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu* za kwotę:

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 15:35 w Oddziale Hematologicznym,
2. zł brutto za punkt w Poradni Hematologicznej, z tym, że poradę w zakresie hematologii – diagnostyka onkologiczna należy rozliczać za zł brutto,
3. zł brutto za punkt za wykonywanie świadczenia: okresowa ocena skuteczności chemioterapii w Poradni Hematologicznej,
4. zł brutto za punkt za wykonywanie świadczenia: porada ambulatoryjna związana z chemioterapią z kompleksową realizacją świadczeń w Poradni Hematologicznej,
5. zł brutto za punkt za wykonywanie świadczenia: realizacja programów lekowych w Poradni Hematologicznej.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Oddziale Hematologicznym:	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.

L.p.	Ilość lat pracy w Poradni Hematologicznej	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 **01.01.2026r.** do **31.12.2027r.**, z **możliwością przedłużenia 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.
6. **Podkryterium (Rozdział 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 wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie hematologii w:

Poradni Hematologicznej: lat miesięcy,

Oddziale Hematologicznym: lat miesięcy.

Miejscowość data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.

6.
7.
8.
9.
10.