

## 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:

<b>Imię i nazwisko lekarza</b>													
<b>Rodzaj praktyki lekarskiej</b>						<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>							
<b>Organ prowadzący rejestr (nazwa Okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)</b>						<b>Nr księgi rejestrowej</b>							
<b>Dane kontaktowe</b>													
<b>E-mail</b>						<b>telefon</b>				<b>fax</b>			
<b>Adres do korespondencji</b>													
<b>Kraj</b>						<b>Miejscowość</b>							
<b>Kod pocztowy</b>				<b>Poczta</b>									
<b>Ulica</b>						<b>Nr domu</b>				<b>Nr lokalu</b>			
<b>Działalność gospodarcza</b>													
<b>Nazwa firmy</b>								<b>Adres siedziby</b>					
<b>Numer identyfikacji podatkowej (NIP)</b>													

### 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 obejmującą wykonanie jednego badania/procedury/zabiegu endoskopowego przewodu pokarmowego:

L.p.	MAKSYMALNE WYNAGRODZENIE (brutto)	WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
1.	..... zł	gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)
2.	..... zł	gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat.
3.	..... zł	gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.
4.	..... zł	kolonoskopia diagnostyczna
5.	..... zł	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)
6.	..... zł	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)
7.	..... zł	tamowanie nieżylakowe krwawienia z przewodu pokarmowego (F62)
8.	..... zł	endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego – inne – procedura 45.439 (F34)
9.	..... zł	usunięcie ciała obcego podczas gastroskopii 98.02 (F05)
10.	..... zł	gastroskopia diagnostyczna jako badanie przed wykonaniem procedury: przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej (PEG)

### B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Zespole Pracowni Endoskopowych:	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 **01.05.2026 r.** do **30.04.2028 r.**, 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.

**10. Podkryterium (Rozdział V 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:  
**Zespół Pracowni Endoskopowych - ..... lat..... miesięcy.**

Miejscowość ..... data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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

9. ....
10. ....