Załącznik Nr 1b do MI
Konkurs: ZO.5030/19/2020

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 opieczętowany 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 pieczątką 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:
Cena brutto - ……. zł
(słownie zł: ……. zł)
Cenę oferty wyliczono na podstawie cen jednostkowych określonych Formularzu cenowym – załącznik nr 1a.

IV. Oświadczenia :

1. **Oświadczenia :**
2. W okresie trwania umowy zapewniam niezmienność cen z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień projektu umowy (załącznik nr 2 do MI).
3. Oferuję termin płatności do ..... dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
5. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od **01.09.2020r.** do **31.08.2022r.**, z możliwością przedłużenia umowy na okres nie przekraczający **12 miesięcy.**
7. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
8. 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.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
12. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
13. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie onkologii:

Oddział Onkologii Klinicznej i Oddział Hematologii - ……..…..... lat.

14. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest (oddział) ……..…… w …….. ……..…….. *(należy wpisać nazwę podmiotu leczniczego)*

Miejscowość ..... data.....

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