

## 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.
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 do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być 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			Pocztą						
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
E-mail				telefon			fax		
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):									
Kraj				Miejscowość					
Kod pocztowy			Pocztą						
Ulica				Nr domu			Nr lokalu		
Działalność gospodarcza									
Firma						Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)					REGON				

### III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym warunkami konkursu

.....

.....

.....

### IV. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację zamówienia w zakresie porad specjalistycznych w Poradni Neurologicznej proponuję stawkę w wysokości ..... zł brutto za jeden punkt wypracowany w Poradni i potwierdzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni Neurologicznej:

- poniedziałek – od godziny ..... do godziny .....,
- wtorek - od godziny ..... do godziny .....,
- środa - od godziny ..... do godziny .....,
- czwartek - od godziny ..... do godziny .....,
- piątek - od godziny ..... do godziny .....,
- sobota - od godziny ..... do godziny .....

2. Za realizację zamówienia w zakresie konsultacji w Poradni Neurologicznej proponuję stawkę w wysokości ..... zł brutto za udzielenie jednej konsultacji specjalistycznej.

### V . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosć cen.
2. Oferuję termin płatności 14 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi ..... lat.
4. Oświadczam, że staż pracy w komórce medycznej – oddziale lub poradni o specjalności zgodnej z profilem świadczenia będącego przedmiotem konkursu wynosi minimum ..... lat.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu Przyjmującego Zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od daty jej podpisania do dnia ..... i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia .....
8. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz załącznikami nr 3 i 4 i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
11. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania



oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

12. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.

13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

14. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.

15. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienia harmonogramem.

**VI. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienia):**

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą/zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*,

2. odpis/wyciąg/zaświadczenie\* z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,

3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) \*,

4. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,

5. dyplom lekarza,

6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):

1) .....

2) .....

3) .....

7. .... (inne dokumenty – wskazać jakie).

\*-niewłaściwe skreślić

.....  
(pieczętka i podpis  
Przyjmującego Zamówienie)

.....  
(miejscowość i data)