

Formularz oferty

I. 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													
Kraj				Miejscowość									
Kod pocztowy		Pocztą											
Ulica				Nr domu				Nr lokalu					
Działalność gospodarcza													
Nazwa firmy								Siedziba					
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)					-				-			-	

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

ZADANIE NR 1

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę:

a) Za realizację zamówienia w Poradni Gastroenterologicznej proponuję stawkę w wysokości zł brutto za jeden punkt wypracowany w Poradni i potwierdzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

b) za wykonanie jednego badania endoskopowego przewodu pokarmowego:

L.p.	WYNAGRODZENIE (brutto)	WYKAZ ŚWIADCZEŃ
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.)

c) zł brutto za jedną przeprowadzoną konsultację w zakresie gastroenterologii u pacjentów hospitalizowanych w oddziałach w SP ZOZ we Włodawie.

ZADANIE NR 2

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za cenę za wykonanie jednego badania endoskopowego przewodu pokarmowego:

L.p.	WYNAGRODZENIE (brutto)	WYKAZ ŚWIADCZEŃ
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.)

IV. Oświadczenia :

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosć cen z zastrzeżeniem odpowiednich postanowień projektu umowy (załącznik nr 2 do MI).
2. Oferuję termin płatności dni (min. 14 dni) od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: wskazany w MI.
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że załączone wzory umów został przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym przez Udzielającego Zamówienie harmonogramem.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
12. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest
.....
w.....

(należy wpisać nazwę podmiotu leczniczego)

Miejscowość data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.

5.
6.
7.
8.
9.
10.