

**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 pieczęcią 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		Poczta									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
E-mail				telefon				fax			
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy		Poczta									
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 wykonywanie procedur medycznych z zakresu chorób narządu wzroku rozliczanych w Oddziale Jednego Dnia według obowiązującego załącznika do Zarządzenia Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne proponuję wynagrodzenie w wysokości .....zł brutto (słownie:.....) za wykonanie jednej procedury.

2. Proponowany harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych:

- 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 .....

3. Proponowana ilość godzin udzielania świadczeń w miesiącu .....

### V . Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniamy niezmienność cen.
2. Oferujemy termin płatności 14 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczamy, że załączony wzór umowy został przez nas zaakceptowany i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Zobowiązujemy 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.
5. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
6. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia.
7. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnosimy w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
8. Zapoznaliśmy się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.

9. Uważamy się związani ofertą przez okres 30 dni.
10. Oświadczamy, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
12. Zobowiązujemy 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. umowa spółki
  2. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
  3. odpis/wyciąg/zaświadczenie\* z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
  4. wykaz personelu medycznego udzielającego świadczeń zdrowotnych w imieniu Przyjmującego Zamówienie, w przypadku podmiotów wykonujących działalność leczniczą (Załącznik Nr 1 do Formularza Oferty)\*,
  5. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
    - 1) .....
    - 2) .....
    - 3) .....
  6. .... (*inne dokumenty – wskazać jakie*).
- \*-niewłaściwe skreślić*

.....  
(pieczęć i podpis  
Przyjmującego Zamówienie)

.....  
(miejscowość i data)

**WYKAZ PERSONELU UDZIELAJĄCEGO LEKARSKICH ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH W IMIENIU PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**

Lp.	Imię i nazwisko lekarza	Specjalizacja	Nr prawa wykonywania zawodu

.....  
*Data, podpis Przyjmującego Zamówienie*