

## 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. 8 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>Adres zamieszkania</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>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>Siedziba</b>								
<b>Numer identyfikacji podatkowej (NIP)</b>							-					-			-		

### III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Oferuję wykonanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu, zgodnie z wymogami określonymi w *Materialach informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu* za kwotę:

#### PAKIET NR 1

1. z tytułu udzielania świadczeń zdrowotnych obejmujących wykonywanie procedur z zakresu neurochirurgii w Pododdziale Neurochirurgii - odpowiadającej ..... % wartości punktu – związanej z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń neurochirurgii (wartość punktu wynosi **1,21 zł brutto**),

z tym, że:

- 1) jeżeli w wykonaniu procedury objętej przedmiotem zamówienia Oferent będzie uczestniczył jako pierwszy operator przysługuje mu wynagrodzenie odpowiadającej ..... % wartości punktu – związanej z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń neurochirurgii (wartość punktu wynosi **1,21 zł brutto**),
- 2) jeżeli w wykonaniu procedury objętej przedmiotem zamówienia Przyjmujący zamówienie uczestniczył jako asystent przysługuje mu wynagrodzenie odpowiadającej ..... % wartości punktu – związanej z wykonaną procedurą Jednorodnej Grupy Pacjentów z zakresu świadczeń neurochirurgii (wartość punktu wynosi **1,21 zł brutto**),
2. ....zł brutto (stawka podstawowa) za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy od godziny 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od godziny 20:00 do 8:00 dnia następnego dla Przyjmującego zamówienie, który zrealizował 1 lub 2 dyżury w danym miesiącu w Pododdziale Neurochirurgii,
3. ....zł brutto (stawka podstawowa) powiększona o kwotę 15 zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy od godziny 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od godziny 20:00 do 8:00 dnia następnego dla Przyjmującego zamówienie, który zrealizował od 3 do 5 dyżurów w danym miesiącu w Pododdziale Neurochirurgii,
4. ....zł brutto (stawka podstawowa) powiększona o kwotę 25 zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy od godziny 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od godziny 20:00 do 8:00 dnia następnego dla Przyjmującego zamówienie, który zrealizował 6 i więcej dyżurów w danym miesiącu w Pododdziale Neurochirurgii,
5. .... zł brutto (stawka podstawowa) za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w pozostałe dni od godziny 8:00 do 8:00 dla Przyjmującego zamówienie, który zrealizował 1 lub 2 dyżury w danym miesiącu w Pododdziale Neurochirurgii,
6. ....zł brutto (stawka podstawowa) powiększona o kwotę 15 zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w pozostałe dni od godziny 8:00 do 8:00 dla Przyjmującego zamówienie, który zrealizował od 3 do 5 dyżurów w danym miesiącu w Pododdziale Neurochirurgii,
7. ....zł brutto (stawka podstawowa) powiększona o kwotę 25 zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w pozostałe dni od godziny 8:00 do 8:00 dla Przyjmującego zamówienie, który zrealizował 6 i

więcej dyżurów w danym miesiącu w Pododdziale Neurochirurgii,

8. .... zł brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w dni robocze od godziny 15:35 do 8:00 dnia następnego lub od godziny 20:00 do 8:00 dnia następnego w Pododdziale Neurochirurgii,
9. .... zł brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w pozostałe dni, od godziny 8:00 do 8:00 dnia następnego w Pododdziale Neurochirurgii.

## PAKIET NR 2

za zrealizowane świadczenia zdrowotne w Poradni Neurochirurgicznej w wysokości ..... zł brutto za punkt w Poradni Neurochirurgicznej.

## 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 **01.04.2023r.** do **31.03.2025r.**
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. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie:  
**neurochirurgii: .....lat..... miesięcy.**
11. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest (oddział)  
.....  
..... w  
..... (należy  
wpisać nazwę podmiotu leczniczego)

Miejscowość ..... data.....

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

