Załącznik Nr 1 do MI
Konkurs: DPK.503.119.2026

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.
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**							
Dane kontaktowe												
E-mail					**telefon**					**fax**		
Adres do korespondencji												
Kraj					**Miejscowość**							
Kod pocztowy					**Poczta**							
Ulica					**Nr domu**					**Nr lokalu**		
Działalność gospodarcza												
Nazwa firmy					**Adres siedziby**							
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				-				-			-		

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

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

PAKIET NR 1

1. **……. zł** brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji w dni robocze* w godzinach od 8:00 do 15:35,

PAKIET NR 2

1. **……. zł** brutto za jedną godzinę wykonywania 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,
2. **……. zł** brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w inne dni od godziny 8:00 do 8:00 dnia następnego.

*za dni robocze uznaje się dni od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Oddziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii posiadającym II stopień referencyjności w szpitalu posiadającym Szpitalny Oddział Ratunkowy:	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Do 2 lat	.....
2.	Powyżej 2 lat do 10 lat	.....
3.	Powyżej 10 lat	.....

Należy zaznaczyć jedną pozycję. Do obliczeń stosuje się każdy pełny rok kalendarzowy pracy.

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 dnia 01.12.2026 r. do dnia 30.11.2028 r., z możliwością przedłużenia na okres nieprzekraczający 12 miesięcy.**
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. Zobowiązuje 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. **Podkryterium (Rozdz. 5 ust. 4 MI):**
    1. **Na dzień złożenia oferty udzielam świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej: TAK NIE** (podkreślić właściwe)
    1. Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

Oddział Anestezjologii i Intensywnej Terapii posiadający II stopień referencyjności w szpitalu posiadającym Szpitalny Oddział Ratunkowy - ……..... lat…… miesięcy.

Miejscowość ..... data.....

.....
(pieczątka i podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1. ……..
2. ……..
3. ……..
4. …….
5. ……..
6. ……..
7. …….
8. ……..
9. ……..
10. …….