Załącznik Nr 1 do MI
Konkurs: DPK.503.123.2026

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 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem" i podpisane 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	**Siedziba**						
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				-			

III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

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

1. **……. zł** brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (od 19:00 do 20:00) w Oddziale Okulistycznym,
2. **……. zł** brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w pozostałe dni (od11:00 do 12:00, od 19:00 do 20:00) w Oddziale Okulistycznym,
3. **……. zł** brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (od 15:30 do 8:00 dnia następnego lub od 20:00 do 8:00 dnia następnego z wyłączeniem godzin dyżuru stacjonarnego) w Oddziale Okulistycznym,
4. **……. zł** brutto za jedną godzinę pozostawania w gotowości do wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w pozostałe dni (od 8:00 do 8:00 dnia następnego z wyłączeniem godzin dyżuru stacjonarnego) w Oddziale Okulistycznym.

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 01.12.2026r. do dnia 30.11.2028r. 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 umowy 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. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie okulistyki w **Oddziale Okulistycznym**- ..…….. lat…….. miesięcy.
11. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty miejscem mojego zatrudnienia jest ……..……...……..… w……..……...……..

(należy wpisać nazwę podmiotu leczniczego)

Miejscowość ..... data.....

.....……
(pieczątka i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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