

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 9.
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:

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		Pocztą																	
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 18:00 lub od 8:00 do 20:00

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 15:35 do godziny 20:35 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 01.09.2025 r. do dnia 31.08.2027 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)
2. 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.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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