

## 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” 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                                                         |  |  | Pocztą |  |  |                             |  |                      |  |           |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Ulica                                                                |  |  |        |  |  | Nr domu                     |  |                      |  | Nr lokalu |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Działalność gospodarcza                                              |  |  |        |  |  |                             |  |                      |  |           |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Nazwa firmy                                                          |  |  |        |  |  |                             |  | Adres siedziby firmy |  |           |   |  |  |  |   |  |  |   |  |  |
| Numer identyfikacji podatkowej (NIP)                                 |  |  |        |  |  |                             |  |                      |  |           | - |  |  |  | - |  |  | - |  |  |

### III. Proponowana kwota wynagrodzenia:

#### A) Kryterium CENA

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

**- gdy odległość od siedziby Przyjmującego zamówienie do siedziby Udzielającego zamówienie wynosi mniej niż 100 km mierzona jako odległość drogowa drogami publicznymi na podstawie google.maps:**

..... zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w dni ustawowo wolne od pracy, co do zasady w soboty, od godziny 8:00 do 8:00 dnia następnego w Oddziale Onkologii Klinicznej

**- gdy odległość od siedziby Przyjmującego zamówienie do siedziby Udzielającego zamówienie wynosi więcej niż 100 km mierzona jako odległość drogowa drogami publicznymi na podstawie google.maps:**

..... zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnej ordynacji w dni ustawowo wolne od pracy, co do zasady w soboty, od godziny 8:00 do 8:00 dnia następnego w Oddziale Onkologii Klinicznej

#### B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

| L.p. | Ilość lat pracy w Oddziale Onkologii Klinicznej | 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 **22.11.2025r.** do **31.10.2027r.** z **możliwością przedłużenia na okres 12 miesięcy.**
4. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany 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. 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. 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 Onkologii Klinicznej - ..... lat..... miesięcy.**

Miejscowość ..... data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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