

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 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:

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		Pocza																
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 obejmującą wykonanie jednego badania/procedury/zabiegu endoskopowego przewodu pokarmowego:

L.p.	MAKSYMALNE WYNAGRODZENIE (brutto)	WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
1.	 zł	gastroskopia diagnostyczna (w przypadku wskazań obejmuje test ureazowy)
2.	 zł	gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 1 badanie hist.-pat.
3.	 zł	gastroskopia diagnostyczna z biopsją - uwzględnia 2 lub więcej badań hist.-pat.
4.	 zł	kolonoskopia diagnostyczna
5.	 zł	kolonoskopia diagnostyczna z biopsją (z badaniem hist.-pat.)
6.	 zł	kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy do 1 cm, za pomocą pętli diatermicznej (z badaniem hist.-pat.)
7.	 zł	średnie i endoskopowe zabiegi przełyku (F03)
8.	 zł	tamowanie nieżylakowe krwawienia z przewodu pokarmowego (F62)
9.	 zł	opaskowanie żylaków przełyku u pacjentów powyżej 65 roku życia (F07E)
10.	 zł	opaskowanie żylaków przełyku u pacjentów poniżej 65 roku życia (F07F)
11.	 zł	protezowanie przełyku (F02)
12.	 zł	przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej (PEG)
13.	 zł	Ezofagogastroduoendoskopia [EGD] procedura 45.131 (F04)
14.	 zł	Endoskopowe zniszczenie innych zmian lub tkanek jelita grubego – inne – procedura 45.439 (F34)
15.	 zł	Gastroskopia diagnostyczna jako badanie przed wykonaniem procedury: przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej (PEG)

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Zespole Pracowni Endoskopowych:	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 **18.03.2026 r.** do **29.02.2028 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. 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 (Rozdział V 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:
Zespół Pracowni Endoskopowych - lat..... miesięcy.

Miejscowość data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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