

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” 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					

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:

..... zł brutto (ryczałt) za jeden miesiąc wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji, tj. od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy od godziny 8:00 do 15:35 w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć,

Stawka wskazana powyżej obejmuje również wynagrodzenie za sprawowanie nadzoru merytorycznego nad Zespołem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć jako Lekarz Kierujący Zespołem Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć w każdym czasie.

..... zł brutto za jedną godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach dyżurów w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

Lp.	Ilość lat pracy w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izłą Przyjęć	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Do 2 lat	
2.	Od 2 do 10 lat	
3.	Powyżej 10 lat	

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

Lp.	Ilość lat pracy na stanowisku kierowniczym w placówce medycznej	Właściwe zaznaczyć „x”
1.	Do 2 lat	
2.	Od 2 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 zapoznałam/-em się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Zainteresowałam się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
3. **Zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia, w okresie objętym okresem związania ofertą. Przyjmuje do wiadomości, iż w przypadku bezzasadnej odmowy podpisania umowy poniosę wobec Udzielającego zamówienia odpowiedzialność odszkodowawczą z tego tytułu.**
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):**

a) Na dzień złożenia oferty udzielam świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Wojewódzkiego szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej:

TAK NIE (właściwe podkreślić)

b) Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w **Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć: lat..... miesięcy**

c) Posiadam doświadczenie w pracy na stanowisku kierowniczym w placówce medycznej: lat miesięcy.

Miejscowość data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

1.
2.
3.
4.
5.

6.
7.
8.
9.
10.