

Pieczętka firmowa z pełną nazwą oferenta

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany 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”, podpisem 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:

1. Pełna nazwa Oferenta
.....
.....

2. Siedziba Oferenta :

Miejscowość ul.

nr Kod pocztowy

tel..... fax

Regon..... NIP

1. Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę w zakresie wykonywania: **świadczeń zdrowotnych w zakresie rehabilitacji kardiologicznej w warunkach stacjonarnych realizowanej w ramach opieki kompleksowej po zawale mięśnia sercowego KOS ZAWAŁ**, zgodnie z zakresem i opisem przedmiotu zamówienia, zawartym w MI .

III. Proponowana kwota wynagrodzenia

Oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i Szczegółowych Warunkach Konkursu za kwotę:

Cena brutto zł (słownie zł:.....)
.....)

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych zawiera wypełniony formularz cenowy stanowiący załącznik do niniejszej oferty.

Hasło do formularza/y cenowego/-ych – załącznika nr 2 do MI (w wersji edytowalnej w pliku *.xls lub *.xlix) – przesłanego drogą mailową na adres: katarzyna.barszcz@szpitalbp.pl.

IV. Oświadczenia Oferenta:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosć cen przez okres(min. 12 m-cy) od dnia zawarcia umowy.
2. Oferuję termin płatności dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od 01.04.2026 r. do 31.03.2028 r.
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Oświadczam, że personel, który będzie wykonywał świadczenia objęte konkursem ofert posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia wynikające z obowiązujących przepisów prawa.
11. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, które pozwalają na realizację pełnego zakresu świadczeń wymaganych przez Udzielającego Zamówienia, zgodnie z wymaganiami określonymi w obowiązujących przepisach.

.....
(pieczęć, podpis Oferenta)

.....
(miejscowość, data)

Załączniki:

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