

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 | | | Poczta | | | | | | | | | | | |
| Ulica | | | | | Nr domu | | | | Nr lokalu | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| Działalność gospodarcza | | | | | | | | | | | | | | |
| Nazwa firmy | | | | | | | | | | Siedziba | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | |
| 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:

1. zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w godzinach normalnej ordynacji, tj. od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy w **Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej**,
2. zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w dni robocze tj. od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy (od 15:35 do 08:00 dnia następnego lub od 20:00 do 8:00 dnia następnego) w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej,
3. zł brutto za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych poza godzinami normalnych ordynacji w pozostałe dni (od 08:00 do 08:00 dnia następnego) w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej,
4.zł brutto za jedną jednostkę rozliczeniową. Na jednostkę rozliczeniową składa się wykonanie łącznie dwóch badań Doppler dla jednego pacjenta w czasie jednej jego hospitalizacji,
5. zł brutto za punkt w Poradni Neurologicznej.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

| L.p. | Ilość lat pracy w Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej: | 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.

| L.p. | Ilość lat pracy w Poradni Neurologicznej | 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 10.04.2026r. do 09.04.2028r., 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 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 w:

Oddziale Neurologicznym z Pododdziałem Udarowym i Pododdziałem Rehabilitacji Neurologicznej - lat..... miesięcy.

- 3) Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w:

Poradni Neurologicznej - lat..... miesięcy.

Miejscowość data.....

.....
(pieczętka i podpis Przyjmującego zamówienie
lub osoby upoważnionej)

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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