Załącznik Nr 1 do MI
Konkurs: DPK.503.122.2026

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 opieczętowany 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					**Poczta**								
Ulica					**Nr domu**					**Nr lokalu**			
Działalność gospodarcza													
Nazwa firmy					**Siedziba**								
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)				-				-			-		

III. Kryteria podlegające ocenie:

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 poradę specjalistyczną w Poradni Neurochirurgicznej.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	**Ilość lat pracy w Poradni Neurologicznej dla dzieci i młodzieży:**	**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 wskazany w Materiałach Informacyjnych i w szczegółowych warunkach konkursu.
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.

Miejscowość ..... data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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