Załącznik Nr 1 do MI
Konkurs: DPK.503.120.2026

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", podpisem i pieczątką 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:

…….. zł brutto za jeden miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych od poniedziałku do piątku z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy, co do zasady pięć dni w tygodniu, co do zasady od godziny 8:00 do 15:35.
Stawka ta obejmuje również wynagrodzenie za sprawowanie nadzoru merytorycznego nad Oddziałem Neurochirurgicznym w każdym czasie jako Lekarz Kierujący Oddziałem Neurochirurgicznym.

B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Oddziale Neurochirurgicznym	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 **01.01.2027r. do 31.12.2028r. z możliwością przedłużenia na okres 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 (Rozdz. 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:
    Oddział Neurochirurgiczny -……..……..... lat…… miesięcy.

Miejscowość ..... data.....

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

Załącznikami do niniejszej oferty są:

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