

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 i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony Formularza oferty muszą być parafowane przez Oferenta.
6. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

### II. Dane Oferenta:

|  |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
|--|--------------------|------------------------------------|--|------------------|-----------------|--|--|
| <b>IMIE I NAZWISKO</b>   |                    | <b>PESEL</b>                       |  |                  |                 |  |  |
|  |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Rodzaj praktyki lekarskiej</b>  |                    | <b>Nr prawa wykonywania zawodu</b> |  |                  |                 |  |  |
|  |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Organ prowadzący rejestr (nazwa okręgowej/Wojskowej Rady Lekarskiej)</b>        |                    | <b>Nr księgi rejestrowej</b>       |  |                  |                 |  |  |
|  |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Adres zamieszkania</b>  |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Kraj</b>  | <b>Miejscowość</b> |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Kod pocztowy</b>  |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Ulica</b>   | <b>Nr domu</b>     |                                    |  | <b>Nr lokalu</b> |                 |  |  |
| <b>E-mail</b>  | <b>telefon</b>     |                                    |  | <b>fax</b>       |                 |  |  |
| <b>Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):</b> |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Kraj</b>  | <b>Miejscowość</b> |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Kod pocztowy</b>  | <b>Poczta</b>      |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Ulica</b>   | <b>Nr domu</b>     |                                    |  | <b>Nr lokalu</b> |                 |  |  |
| <b>Działalność gospodarcza</b>   |                    |                                    |  |                  |                 |  |  |
| <b>Firma</b>   |                    |                                    |  |                  | <b>Siedziba</b> |  |  |
| <b>Numer identyfikacji podatkowej (NIP)</b>  |                    |                                    |  |                  | <b>REGON</b>    |  |  |

### III. Kwalifikacje zawodowe i specjalizacja Oferenta wymagana w zakresie przewidzianym

## warunkami konkursu

.....  
.....

(numer dyplomu lekarza i posiadane specjalizacje)

### Uwaga!

Składając ofertę należy dołączyć „Wykaz lekarzy zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych” sporządzony zgodnie z Załącznikiem Nr 1 do umowy oraz dołączyć wymagane dokumenty lub złożyć oświadczenie o posiadaniu przez wskazane osoby wymaganych kwalifikacji, uprawnień i doświadczenia (**nie dotyczy Oferenta, który będzie świadczył usługi medyczne osobiście**).

### IV. Proponowana kwota wynagrodzenia:

Za realizację zamówienia, tj.: za realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie zabezpieczenia lekarskich świadczeń zdrowotnych, to jest w ramach systemu czasu pracy funkcjonującego w **Poradni** ..... proponuję stawkę w wysokości ..... **PLN** brutto za jeden punkt rozliczeniowy zgodnie z katalogiem świadczeń NFZ (słownie: ..... **zł** ).

### V. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi ..... lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
4. Oświadczam, że staż pracy o specjalności ..... wynosi ..... lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
5. 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.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne, na zasadach określonych w MI, zgodnie z regulacjami określonymi w rozporządzeniu wydanym na podstawie art. 25 ust 5 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.
7. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od **01.01.2019 r. do 31.12.2021 r.**
8. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
9. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz załącznikami nr 3 i 4 nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
10. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
11. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
12. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego Zamówienia.
14. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez udzielającego Zamówienie harmonogramem.

### VI. Do oferty załączam:

1. odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*,

2. aktualny odpis właściwego rejestru Krajowego Rejestru Sądowego / wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
3. umowa spółki cywilnej (jeżeli działalność gospodarcza jest prowadzona w formie spółki cywilnej) \*,
4. prawo wykonywania zawodu lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych,
5. dyplom lekarza,
6. dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe (wskazać jakie):
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
7. ....(inne dokumenty – wskazać jakie)

\*-niewłaściwe skreślić

.....  
( pieczętka i podpis Oferenta )

.....r.  
(miejscowość i data)