## *Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta*

**Formularz oferty**

**I. Instrukcja dla Oferenta**

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany poprzez osobę do tego upoważnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów określonych w MI.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony przez Oferenta **„za zgodność z oryginałem”**, podpisem i pieczątką 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 ponumerowane przez Oferenta.

**II. Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Ulica | Numer |
|  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość | |
|  |  | |
| Telefon | Fax | E-mail |
|  |  |  |
| REGON | NIP | Nr Księgi Rejestrowej |
|  |  |  |
| Nr konta bankowego | | |
|  | | |

**III. Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej.**

**IV. Oświadczenia Oferenta:**

1. Za realizację zamówienia oferuję wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości ….…………... zł brutto (słownie: …………………………………..…..) miesięcznie.
2. Odległość od miejsca siedziby Udzielającego Zamówienia do miejsca udzielania świadczeń będących przedmiotem umowy przez Oferenta wynosi …………….. metrów.
3. Zobowiązuję się na własny koszt do powzięcia wszelkich działań technicznych oraz organizacyjnych niezbędnych do podłączenia, uruchomienia i prowadzenia obsługi systemu informatycznego (CGM CliniNET, CompuGroup Medical) stosowanego przez Udzielającego Zamówienia.
4. W okresie trwania umowy zobowiązuję się do obsługi systemu informatycznego (CGM CliniNET, CompuGroup Medical) stosowanego przez Udzielającego Zamówienia w zakresie niezbędnym do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej i rozliczeniowej oraz dokumentacji medycznej, a także pozwalającym na utworzenie komunikatu sprawozdawczego do NFZ z realizacji umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi w ramach świadczeń objętych niniejszą umową.
5. Oferuję termin płatności 60 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
8. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie na okres: od godz. 08.00 dnia 01.12.2019 r. do dnia 30.06.2021 r., z zastrzeżeniem, że przedmiot umowy będzie realizowany przez Przyjmującego Zamówienie do godziny 8.00 dnia następnego, chyba że Narodowy Fundusz Zdrowia (lub inny płatnik) określi inaczej.
9. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
10. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
11. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
12. Wyrażam / nie wyrażam\* zgodę na doręczanie przez Udzielającego Zamówienia korespondencji związanej z postępowaniem konkursowym za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73) na adres:

|  |  |
| --- | --- |
| Adres poczty elektronicznej Oferenta |  |

\*niepotrzebne skreślić

................................................ .................................................

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

**Załączniki:**

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