

**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 pieczęcią 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.

**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							
Adres zamieszkania											
Kraj		Miejscowość									
Kod pocztowy		Poczta									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
E-mail				telefon				fax			
Adres do korespondencji (wypełnić jeżeli różni się od adresu zamieszkania):											
Kraj				Miejscowość							
Kod pocztowy		Poczta									
Ulica				Nr domu				Nr lokalu			
Działalność gospodarcza											
Firma								Siedziba			
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)						REGON					

### III. Oferowana kwota wynagrodzenia:

1. Za realizację zamówienia w oddziale proponuję stawkę w wysokości:

ZADANIE NR I: w Oddziale: internistycznym w godzinach normalnej ordynacji od 8.00 do 15.35 - ..... zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych,  
..... % wartości miesięcznej realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w Oddziale internistycznym.\*

Proponowana ilość godzin pracy w Oddziale: ..... /miesięcznie.

ZADANIE NR II: w Oddziale geriatrycznym w godzinach normalnej ordynacji od 8.00 do 15.35 - ..... zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych,  
..... % wartości miesięcznej realizacji umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia w Oddziale geriatrycznym.\*

Proponowana ilość godzin pracy w Oddziale: ..... /miesięcznie.

ZADANIE NR III: W Oddziale internistycznym i geriatrycznym poza godzinami normalnej ordynacji od poniedziałku do piątku w godzinach od 15.35 do 8.00 oraz od 8.00 do 8.00 w soboty, niedziele, święta i dni ustawowo wolne od pracy - ..... zł brutto za jedną godzinę udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych;\*

Proponowana ilość godzin pracy w Oddziałach: ...../miesięcznie.

*\*- wypełnić właściwie do złożonej oferty*

### V . Oświadczenie:

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
3. 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.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres od dnia 01.06.2025 r. do dnia 31.05.2027 r. i do rozpoczęcia udzielania świadczeń z tej umowy wynikających od dnia 01.06.2025 r.
5. Oświadczam, że wyrażam zgodę na możliwość przedłużenia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w drodze aneksu o kolejne 12 miesięcy po upływie terminu jej obowiązywania.
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
8. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
9. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Udzielającego zamówienia.
11. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w dniach i godzinach zgodnie z ustalonym przez Udzielającego zamówienia harmonogramem.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis Oferenta)

**VI. Do oferty załączam dokumenty (jeżeli nie są w posiadaniu Udzielającego Zamówienia):**

1. kopię prawa wykonywania zawodu lekarza,
2. kopię dyplomu lekarza,
3. kopię dyplomu specjalizacji lub wydruk z Elektronicznej Karty Specjalizacji,
4. kopię umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej,
5. dokument wygenerowany z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
6. dokument wygenerowany z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
7. zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu karnego, w art. 189a i art. 207 Kodeksu karnego oraz w Ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione, określone w przepisach prawa obcego.
8. ....,
9. ....,
10. ....,
11. ....
12. .... (inne dokumenty – wskazać jakie).

.....  
(pieczętka i podpis  
Przyjmującego zamówienie)

.....  
(miejscowość i data)