

## 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 wymienionych w Rozdziale I pkt. 7 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		Pocztą																		
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:

.....zł brutto za jeden punkt w **Poradni Ginekologiczno-poloźniczej**

#### B) Kryterium DOŚWIADCZENIE

L.p.	Ilość lat pracy w Poradni Ginekologiczno-poloźniczej	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.

#### C) Podkryterium (Rozdz. 5 ust. 3 MI):

- 1) Na dzień złożenia oferty udzielam świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej we Włodawie:

**TAK NIE** (*podkreślić właściwe*)

- 2) Posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych:

**Poradnia Ginekologiczno-poloźnicza** - ..... lat ..... miesięcy.

#### 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. ....