



**Unia Europejska**  
Europejski Fundusz Społeczny



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 opieczętowany 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 pieczętą 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>Imię i nazwisko lekarza</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>Poczta</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>									

Ulica	Nr domu	Nr lokalu
Działalność gospodarcza		
		Siedziba
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)		REGON

### 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 w pełnym zakresie, to jest w ramach systemu czasu pracy funkcjonującego w Pracowni Endoskopowej proponuję stawkę za 1 badanie w wysokości :

**za świadczenia zdrowotne w zakresie znieczulenia podczas wykonywania kolonoskopii w Pracowni Endoskopowej Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie – w ramach projektu „Profilaktyka i diagnostyka jelita grubego w powiecie parczewskim” realizowanym w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Lubelskiego na lata 2014-2020 w zakresie Osi Priorytetowych 9 - 12 RPO WL 2014-2020, 10 Adaptacyjność przedsiębiorstw i pracowników do zmian, Działania 10.3 Programy polityki zdrowotnej.**

Lp.	Rodzaj świadczenia	Cena brutto za 1 znieczulenie (zł)
1.	Usługa znieczulenia do badania kolonoskopii	.....

#### V. Oświadczenie:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że staż pracy w zawodzie lekarza wynosi ..... lat (dla indywidualnych praktyk lekarskich).
4. Oświadczam, że staż pracy w pracowniach 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 ..... **2018 r. do** ..... **2018 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 )

.....  
(miejscoowość i data)