## *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.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Oferenta.
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 | KRS | Nr Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |
|  |  |  |  |
| 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/rodzaju:**

udzielania lekarskich świadczeń zdrowotnych na stanowisku lekarza w  dyżurującego w Szpitalu Mazowieckim w  Garwolinie Sp. z o.o.

**IV. Oferowana kwota wynagrodzenia**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych (MI), za cenę …............................................................... zł **za godzinę** (słownie: .................................................................................................................................. ) brutto.
2. Deklaruję minimum ……………….. godzin udzielania świadczeń zdrowotnych\* w ciągu jednego miesiąca kalendarzowego.

\*UWAGA!!! (zgodnie z MI maksymalna ilość godzin w wymiarze miesięcznie nieprzekraczającym 120, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się udzielać świadczeń zdrowotnych w wymiarze nie mniej niż 24 godzin w miesiącu.)

**V. Oświadczenia Oferenta:**

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. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki wskazane w MI, a także dysponuję personelem określonym w MI i spełniam wszystkie wymagania Udzielającego Zamówienie w tym zakresie.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie/rodzaju/na stanowisku\* **………………………………………**dla Szpitala Mazowieckiego w Garwolinie Sp. z o.o. na okres: **od dnia 01 października 2025 r. do dnia 30 września 2026 r.**

\*niepotrzebne skreślić

1. W okresie trwania umowy zobowiązuję się do obsługi systemu informatycznego OPTIMED 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.
2. W okresie trwania umowy zapewniam, że oferowane ceny jednostkowe nie wzrosną przez okres  
    12 miesięcy.
3. Oferuję termin płatności 30 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
4. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez ……………...……………………………………………….. , pod numerem księgi rejestrowej podanym wyżej (pkt II.2) i posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności objętej konkursem.
5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
6. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą udzielane w oparciu o sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz posiadających stosowne certyfikaty i atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, a także aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy.
7. Oświadczam, że załączony do MI 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.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. 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 na adres:

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

\*niepotrzebne skreślić

............................................... .................................................…

(miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

**Załączniki:**

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