*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 czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w § 7 Warunków Konkursu.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” , z datą oraz podpisem 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 o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta ...............................................................................................................

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

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

1. Siedziba Oferenta :

Miejscowość ............................................................... ul. ..................................... nr ..............

kod pocztowy ................................ poczta ...............................................................................

tel................................................... fax .....................................................

Regon ................................................ NIP ................................................

Nr konta bankowego ....................................................................................... w banku............

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

**III. Proponowana kwota wynagrodzenia:**

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymogami określonymi w  warunkach konkursu za kwotę:

ZADANIE nr 1:

1. 1) .....………………. zł brutto (stawka podstawowa) za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć w miesiącu , w którym ilość porad sprawozdanych do NFZ ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć nie przekroczyła 1 750,
2. **2) stawka podstawowa z pkt 1) powiększona o kwotę 10,00 zł brutto** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć w miesiącu, w którym ilość porad sprawozdanych do NFZ ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć wyniesie od **1751**  do **1 900,**
3. **3) stawka podstawowa z pkt 1) powiększona o kwotę 20,00 zł brutto** za jedną godzinę wykonywania świadczeń zdrowotnych w Zespole Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć w miesiącu, w którym ilość porad sprawozdanych do NFZ ze Szpitalnego Oddziału Ratunkowego z Izbą Przyjęć przekroczyła **1 900**.

ZADANIE nr 2:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oddział** | **Tryb udzielania świadczeń** | **Jm.** | **Ilość godzin w ciągu 3 lat** | **Cena jednostkowa brutto (zł)** | | **Wartość brutto (zł)** | |
| **Dyżur stacjonarny** | **Gotowość** | **Dyżur stacjonarny** | **Gotowość** |
| 1 | Dział Diagnostyki Obrazowej | Stacjonarny w dni robocze | godzina | 10 800 |  |  | - zł |  |
| 2 | Dział Diagnostyki Obrazowej | Stacjonarny w inne dni | godzina | 7 200 |  |  | - zł |  |

**IV. Oświadczenia :**

1. Oferuję termin płatności ................ dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zapoznałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: 01 października 2023 r. do 31 października 2026 r.
5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
6. Oświadczam, że załączony wzór mowy 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.
7. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z ustalonym harmonogramem.
10. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Białej Podlaskiej.

**V. Załącznikami do niniejszej oferty są:**

1. ............................................................................................................ str. ...
2. ............................................................................................................ str. ...
3. ............................................................................................................ str. ...
4. ............................................................................................................ str. ...
5. ........................................................................................................... str. ...
6. ........................................................................................................... str. ...
7. ........................................................................................................... str. ...

Miejscowość ........................................... data .......................

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

(pieczątka i podpis Przyjmującego zamówienie

lub osoby upoważnionej)