

### FORMULARZ OFERTOWY

#### I. Dane oferenta:

<b>Imię i nazwisko lekarza / nazwa praktyki zawodowej</b>			
<b>Rodzaj praktyki</b>		<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	
ORL w .....			
<b>Organ prowadzący rejestr</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>		
<b>Ulica</b>	<b>Nr domu</b>	<b>Nr lokalu</b>	
<b>Działalność gospodarcza</b>			
<b>Firma</b>		<b>Siedziba</b>	
<b>Numer identyfikacji podatkowej (NIP)</b>		<b>REGON</b>	
<b>Nazwa banku, Nr konta</b>			

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Lublinie.

#### II. Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję następującą cenę:

Zadanie 1 ..... zł. / godz. brutto

Zadanie 2 .....zł. /godz. brutto

Zadanie 3 .....zł. /godz. brutto

Zadanie 4 .....zł. /godz. brutto

Zadanie 5 .....zł. /godz. brutto

Zadanie 6 .....zł. /godz. brutto

**III. Deklaruję następujące dni i godziny udzielania świadczeń (w zakresie czasowym dla danego zadania zgodnym z Warunkami konkursu ofert nr DOP-334/2/21/U.Dz.L):**

Zadanie 1 .....(np. we wtorki w godz. od 7:00 do 15:00, czwartki w godz. od 12:00 do 15:00 i piątki w godz. od 7:00 do 12:00)

Zadanie 2 .....

Zadanie 3 .....

Zadanie 4 .....

Zadanie 5 .....

Zadanie 6 .....

**IV. Oświadczenia:**

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosc cen.
2. Oświadczam, że załączony 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.
3. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne i do udzielania świadczeń zdrowotnych na warunkach w niej określonych, zgodnie ze wzorem załączonym do WKO oraz wyrażam zgodę na jej ewentualne przedłużenie w drodze aneksu na kolejny okres nieprzekraczający 12 m-cy.
4. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem/łam się z treścią Warunków konkursu ofert nr DOP-334/1/21/U.Dz.L i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Zainteresowałem/łam się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
7. Uważam się związanego/związaną ofertą przez okres 30 dni.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
9. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w miejscach, dniach i godzinach uzgodnionych z Udzielającym Zamówienia w harmonogramie.

**V. Do oferty załączam:**

1. Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą\*,
2. wyciąg z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej\*,
3. Prawo wykonywania zawodu, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych (kserokopia),
4. Dyplom (kserokopia),
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i staż pracy – w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):
  - 1) .....
  - 2) .....
  - 3) .....
  - 4) .....(inne dokumenty -wskazać jakie)

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)

\*-niewłaściwe skreślić