*Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta*

**Formularz oferty**

*(Indywidualna praktyka)*

**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 warunkach konkursu.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem” podpisem 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 o Oferencie:**

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

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

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

2. Siedziba Oferenta :

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

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

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

 Regon ..................................... NIP ............................................, PESEL:………….................

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

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

**III. Proponowana kwota wynagrodzenia:**

Oferuję wykonanie usług objętych przedmiotem konkursu, zgodnie z wymaganiami określonymi w warunkach konkursu, za n/w wynagrodzenie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Kod grupy** | **Nazwa grupy** | **Wynagrodzenie** |
| E31 | Wszczepienie/ wymiana rozrusznika jednojamowego  | ... |
| E32 | Wszczepienie/ wymiana rozrusznika dwujamowego  | ... |
| E33 | Wszczepienie/ wymiana układu z funkcją resynchronizującą serca (CRT)  | ... |
| E34 | Wszczepienie/ wymiana kardiowertera-defibrylatora jedno-/ dwujamowego  | ... |
| E36 | Wszczepienie/ wymiana CRT-D > 17 r.ż. | ... |
| E37 | Reperacja/ repozycja/ rewizja/ wymiana elektrody/ układu stymulującego/ kardiowertera-defibrylatora  | ... |
| E37G | Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji lub defibrylacji [ICD]- jednojamowego lub dwujamowego | ... |
| E37H | Wymiana elektrod do całkowitego automatycznego systemu do kardiowersji lub defibrylacji z funkcją resynchronizacji [CRT-D] | ... |

**IV. Oświadczenia :**

1. Oświadczam, że zapoznałem się 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: **od dnia 01.01.2024r. do dnia 31.12.2025r.**
4. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
5. 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.
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 harmonogramem.
9. Oferowane świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz środków transportu i łączności WSzS w Białej Podlaskiej.
10. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie procedur wszczepiania stymulatorów i kardiowerterów – defibrylatorów:

**Imię i nazwisko lekarza: …………………………………………………………………………….**

**procedury wszczepiania stymulatorów i kardiowerterów – defibrylatorów:** **…………………………..………………..…... miesięcy,**

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

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

 ( pieczątka i podpis Przyjmującego zamówi lub osoby upoważnionej )

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

1. ............................................................................................................ str. ...
2. ............................................................................................................ str. ...
3. ............................................................................................................ str. ...
4. ............................................................................................................ str. ...