

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. DANE OFERENTA

1. Imię i nazwisko Oferenta: .....
2. Rodzaj praktyki lekarskiej:  
.....
3. Organ prowadzący rejestr: .....
4. Nr księgi rejestrowej: .....
5. Adres zamieszkania: .....
6. Adres do korespondencji (wypełnić, jeżeli różni się od adresu zamieszkania):  
.....
7. Nr prawa wykonywania zawodu: .....
8. Firma: .....
9. Siedziba: .....
10. NIP: .....
11. REGON: .....
12. Nazwa i stopień posiadanej specjalizacji z datą ukończenia  
.....  
.....

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

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

..... zł. / godz. brutto

### III. Deklaruję następujące dni i godziny udzielania świadczeń (w zakresie czasowym zgodnym z Warunkami konkursu ofert):

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*podpis Oferenta*

#### 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 się z treścią ogłoszenia.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Warunków konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
7. Uważam się związany 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 oraz zgodnie z ustalonym harmonogramem.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do przeprowadzania konkursu ofert na udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz dawców Regionalnego Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Kaliszu, w ramach umowy zlecenia (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (tj. Dz.U. z 2019 r., poz. 1781 z późn. zm.),

.....  
*Miejscowość i data*

.....  
*podpis Oferenta*

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 lekarza przyznane przez odpowiednią Okręgową Radę Lekarską, które nie uległo zawieszeniu oraz nie zostało ograniczone w zakresie wykonywania określonych czynności medycznych (kserokopia),
4. Dyplom lekarza (kserokopia),
5. Dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe i staż pracy — w tym specjalizacje (tj. dyplom specjalizacji):

- 1) .....
- 2) .....
- 3) .....
- 4) .....

*(inne dokumenty -wskazać jakie)*

\*-niewłaściwe skreślić