

FORMULARZ OFERTOWY

I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Imię i Nazwisko lub nazwa Przyjmującego zamówienie:

Adres Przyjmującego zamówienie:

NIP.....REGON.....PESEL (dot. os. fizycznych)

Nr tel. Nr faxu

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

1. Stawka za 1 punkt zł.

2. Propozycja stawek za badania pacjentów z oddziałów szpitalnych:

Lp.	Procedura ICD	Świadczenia zdrowotne	Cena jednostkowa brutto
1.	44.161	Gastroskopia diagnostyczna / w przypadku wskazań obejmuje test urazowy	
2.	44.162	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją / uwzględnia 1 badanie hist-pat	
3.	44.162	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją / uwzględnia 2 lub więcej badań hist-pat	
4.	45.23, 45.239	Kolonoskopia diagnostyczna	
5.	45.253	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją / badanie hist-pat	
6.	45.42	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy powyżej 1 cm	
7.	44.43	Endoskopowe tamowanie krwawienia żołądek / dwunastnica	
8.	43.11	Przeżyłowa endoskopowa gastronomia PEG	
9.	42.332	Endoskopowe opanowanie krwawienia z przełyku / opaskowanie	
10.	45.432	Endoskopowe opanowanie krwawienia z jelita grubego	
11.	42.334	Endoskopowe nastrzykanie żylaków przełyku	
12.	45.42	Kolonoskopia z polipektomią o średnicy polipa > 1 cm	

III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1.

2.

3.

IV. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Dyplom, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, inne dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień.
2. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.

Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką Przyjmującego zamówienie lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie.

miejsowość, data

podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

OŚWIADCZENIA PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w Umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia oraz według ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennność cen w okresie obowiązywania Umowy.

miejsowość, data

podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie