

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
NA RZECZ PACJENTÓW
MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE**

1. DANE DOTYCZĄCE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa Przyjmującego Zamówienie

Adres siedziby (ulica, kod – miasto)

Imię i Nazwisko

PESEL

Numer REGON:

Numer NIP:

Adres poczty elektronicznej:

Numer telefonu:

2. DANE DOTYCZĄCE UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Miejska Przychodnia Zdrowia w Barczewie, ul. Lipowa 2, 11-010 Barczewo

strona internetowa: <https://www.przychodniabarczewo.pl/>

e-mail: przychodnia@barczewo.pl

godziny urzędowania: **8⁰⁰ – 15⁰⁰**

3. Niniejszym składam ofertę na **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE PEDIATRII W MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE**

	Opis przedmiotu zamówienia	j.m.	ilość	cena jednostkowa netto	wartość netto	VAT	VAT	wartość brutto
				[zł]	[zł]	[%]	[zł]	[zł]
1	Świadczenie Zdrowotne w zakresie pediatrii	(h)	456			ZW.	ZW.	
Razem ogółem netto:						Razem ogółem brutto:		

4. OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE :

1) Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)¹:

do 1 roku

od 1 do 5 roku

¹ Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację

- powyżej 5 roku
- 2) Specjalizacja w dziedzinie
- 3) Nr dokumentu specjalizacji
- 4) Posiadany tytuł zawodowy
- 5) Dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (certyfikaty, kursy, szkolenia i tp.)
- a)
- b)
- c)

5. DOKUMENTY

- 1) Na potwierdzenie spełnienia warunków udziału w konkursie ofert do oferty załączam:
- a)
- b)
- c)
- 2) Wskazuję, że dokumenty podmiotowe Przyjmującego zamówienie dostępne są pod następującym adresem ogólnodostępnej bezpłatnej bazy danych²
- <https://prod.ceidg.gov.pl>
Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej
NIP:
- <https://wyszukiwarka-krs.ms.gov.pl/>
Krajowy Rejestr Sądowy KRS nr
- <https://wyszukiwarkaregon.stat.gov.pl/appBIR/index.aspx>
Baza Internetowa REGON
REGON:.....
- <https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>
Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą
Numer księgi rejestrowej:
- <https://rejestr.nil.org.pl/>
Centralny Rejestr Lekarzy
Numer prawa wykonywania zawodu:

.....
Miejscowość , data

.....
Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty

² Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.