

**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 LEKARZY W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE**

OGŁOSZENIE NR 34/U/2025

Cześć nr 1 *									
Opis przedmiotu zamówienia	j.m.	ilość	cena jednostkowa netto	wartość netto	VAT	VAT	wartość brutto		
			[zł]	[zł]	[%]	[zł]	[zł]		
1	Świadczenie Zdrowotne	(h)	375			ZW.	ZW.		
2	Świadczenie Zdrowotne – program Moje Zdrowie	(szt.)	45			ZW.	ZW.		
3	OPIEKA KOORDYNOWANA	HOLTER RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	szt.	45			ZW.	ZW.	
		PORADA EDUKACYJNA	szt.	30			ZW.	ZW.	
		PORADA KOMPLEKSOWA	szt.	100			ZW.	ZW.	
Razem ogółem netto:						Razem ogółem brutto:			

Cześć nr 2 *									
Opis przedmiotu zamówienia		j.m.	ilość	cena jednostkowa netto	wartość netto	VAT	VAT	wartość brutto	
				[zł]	[zł]	[%]	[zł]	[zł]	
1	Świadczenie Zdrowotne	(h)	312,5			ZW.	ZW.		
2	Świadczenie Zdrowotne – program Moje Zdrowie	(szt.)	60			ZW.	ZW.		
3	OPIEKA KOORDYNOWANA	HOLTER RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	szt.	45			ZW.	ZW.	
		PORADA EDUKACYJNA	szt.	30			ZW.	ZW.	
		PORADA KOMPLEKSOWA	szt.	100			ZW.	ZW.	
Razem ogółem netto:						Razem ogółem brutto:			

*Wypełnić dla odpowiedniej części zamówienia

4. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

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

do 1 roku

od 1 do 5 roku

powyżej 5 roku

3) Specjalizacja w dziedzinie

4) Nr dokumentu specjalizacji

5) Posiadany tytuł zawodowy

6) Dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (certyfikaty, kursy, szkolenia itp.):

a)

b)

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

¹ Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację

² Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.

<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