

**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](mailto:przychodnia@barczewo.pl)

godziny urzędowania: **8<sup>00</sup> – 15<sup>00</sup>**

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

**OGŁOSZENIE NR 2/03/U/2026 Z DNIA 04.03.2026 R.**

	Opis przedmiotu zamówienia	j.m.	ilość	cena jednostkowa netto	wartość netto	VAT	VAT	wartość brutto
				[zł]	[zł]	[%]	[zł]	[zł]
1	Świadczenie Zdrowotne	(h)				ZW.	ZW.	
2	Świadczenie Zdrowotne – program Moje Zdrowie	(szt.)				ZW.	ZW.	
<b>Razem ogółem netto:</b>						<b>Razem ogółem brutto:</b>		

**4. OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE :**

- 1) Doświadczenie zawodowe w zakresie świadczenia, którego dotyczy oferta (odpowiednie zakreślić)<sup>1</sup>:
  - do 1 roku
  - od 1 do 5 roku
  - 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 danych<sup>2</sup>
  - <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: .....

<sup>1</sup> Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację

<sup>2</sup> Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.

.....  
Miejscowość , data

.....  
Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty