

**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 MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE OGŁOSZENIE NR 04/09/U/2026**

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.	
3	OPIEKA KOORDYNOWANA	HOLTER RR (24-godzinna rejestracja ciśnienia tętniczego)	szt.				ZW.	ZW.	
		PORADA EDUKACYJNA	szt.				ZW.	ZW.	
		PRÓBA WYSIŁKOWA EKG	szt.				ZW.	ZW.	
		PORADA KOMPLEKSOWA	szt.				ZW.	ZW.	
Razem ogółem							Razem ogółem brutto:		
netto:									

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

☐ <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

¹ Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację

² Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.