

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

w zakresie OPIS BADAŃ HOLTER EKG w ramach opieki koordynowanej

Znak sprawy: 3/09/U/2026

	USŁUGI MEDYCZNE	j.m.	ilość konsultacji/opis badań HOLTER EKG	cena jednostkowa netto	wartość netto	VAT	wartość brutto
				[zł]	[zł]	[%]	[zł]
1	OPIS BADAŃ HOLTER EKG	szt.					
Razem wartość netto:							
VAT (%)							
VAT (zł)							
Razem wartość brutto:							

OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE :

- 1) W cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia i realizacji przyszłego świadczenia umownego.
- 2) 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
- 3) Specjalizacja w dziedzinie:
- 4)
- 5) Nr dokumentu specjalizacji:
- 6)
- 7) Posiadany tytuł naukowy
- 8)
- 9) **Dodatkowe kwalifikacje w zakresie świadczenia**, którego dotyczy oferta
(certyfikaty, kursy, szkolenia itp.):
- a)
- b)
- c)

5. DOKUMENTY

- 1) Wskazuję, że dokumenty podmiotowe Przyjmującego zamówienie dostępne są pod następującym adresem ogólnodostępnej bezpłatnej bazy danych²

☐ <https://ems.ms.gov.pl>

Krajowy Rejestr Sądowy **KRS** nr

☐ <https://prod.ceidg.gov.pl>

Centralna Ewidencja i Informacja o Działalności Gospodarczej **NIP**:

☐ <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:

☐ inny właściwy rejestr, nazwa rejestru

nr wpisu (jeśli dotyczy) adres strony internetowej:

6. ZASTRZEŻENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie udostępnione:

7. INNE INFORMACJE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....r.

Miejscowość, data

.....

Podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty

² Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.