Załącznik Nr 1 do SWKO

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: **$8^{00} – 15^{00}$**

3. Niniejszym składam ofertę na

„ŚWIADCZENIA MEDYCZNEJ DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
W MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE"
Znak sprawy: 04/10/U/2026

oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z wymogami Specyfikacji Warunków Konkursu za cenę zgodnie z poniższym:

Diagnostyczna ultrasonografia								
L.p.	**Kategoria szczegółowa**		Ilość badanych pacjentów	Cena jednostkowa netto	Wartość netto	VAT	VAT	Wartość brutto
	Nr procedury	tytuł		[zł]	[zł]	[%]	[zł]	[zł]
1.	88.713	USG tarczycy i przytarczyc						
2.	88.752	USG nerek, moczowodów,pęcherza moczowego						
3.	88.761	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego						
4.	88.714	USG Doppler tętnic szyjnych						
5.	88.790	USG węzłów chłonnych						
6.	88.717	USG ślinianek						
Razem wartość 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

☐ 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 itp.):

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[2]

☐ 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.