

**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

„ŚWIADCZENIA MEDYCZNEJ DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ

W MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE”

Znak sprawy: 08/09/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.	88.777	USG Doppler naczyń kończyn dolnych						
6.	88.790	USG węzłów chłonnych						
7.	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 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.