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 **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ LEKARZA W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ W MIEJSKIEJ PRZYCHODNI ZDROWIA W BARCZEWIE**

OGŁOSZENIE NR 01/11/U/2026 Z DNIA 05.11.2026 r.

Cześć nr 1 *								
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.	
Razem ogółem netto:						**Razem ogółem brutto:**		

Cześć nr 2 *								
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.	
				Razem ogółem		**Razem ogółem brutto:**		

Cześć nr 3 *								
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.	
				Razem ogółem		**Razem ogółem 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 i tp.)
   a) .....
   b) .....
   c) .....

[1] Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację

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

[2] Zaznaczyć w sposób wyraźny właściwą informację.