

## FORMULARZ OFERTOWY

### I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Imię i Nazwisko lub nazwa Przyjmującego zamówienie: .....

Adres Przyjmującego zamówienie: .....

NIP.....REGON.....PESEL (dot. os. fizycznych) .....

Nr tel. .... Nr faxu .....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu.....

### II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Za realizację zamówienia proponuję następującą stawkę wynagrodzenia:

	zakres świadczeń	stawka PLN
1.	Świadczenia zdrowotne w zakresie badań endoskopowych <b>za punkt</b>	
	zakres świadczeń na podstawie skierowań z oddziałów szpitalnych	stawka PLN
1.	Gastroskopia diagnostyczna / w przypadku wskazań obejmuje test urazowy [44.161]	
2.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją / uwzględnia 1 badanie hist-pat [44.162]	
3.	Gastroskopia diagnostyczna z biopsją / uwzględnia 2 lub więcej badań hist-pat [44.162]	
4.	Kolonoskopia diagnostyczna [45.23, 45.239]	
5.	Kolonoskopia diagnostyczna z biopsją / badanie hist-pat [45.253]	
6.	Kolonoskopia z polipektomią jednego lub więcej polipów o średnicy powyżej 1 cm [45.42]	
7.	Endoskopowe tamowanie krwawienia żołądek / dwunastnica [44.43]	
8.	Przezskórna endoskopowa gastroscopia PEG [43.11]	
9.	Endoskopowe opanowanie krwawienia z przełyku / opaskowanie [42.332]	
10.	Endoskopowe opanowanie krwawienia z jelita grubego [45.432]	
11.	Endoskopowe nastrzykanie żyłaków przełyku [42.334]	
12.	Kolonoskopia z polipektomią o średnicy polipa > 1 cm [45.42]	

### III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE I SPECJALIZACJE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. ....
2. ....
3. ....

### IV. WYMAGANE DOKUMENTY

1. Dyplom, dokument potwierdzający uzyskanie specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, inne dokumenty potwierdzające nabycie fachowych umiejętności, kwalifikacji lub uprawnień.
2. Polisa OC z tytułu prowadzonej działalności medycznej.
3. Zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności w zakresie przestępstw określonych w rozdziale XIX i XXV Kodeksu Karnego, w art. 189a i art.207 Kodeksu Karnego oraz ustawie z dnia 29 lipca 2005r. o przeciwdziałaniu narkomanii, lub za odpowiadające tym przestępstwom czyny zabronione określone w przepisach prawa obcego

*Uwaga: dokumenty mogą być przedstawione w formie oryginału lub kserokopii poświadczonej „za zgodność z oryginałem” z podpisem, datą i pieczętką Przyjmującego zamówienie lub osoby przez niego upoważnionej. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Przyjmującego zamówienie.*

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie

## OŚWIADCZENIA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w Umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w dniach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia oraz według ustalonego harmonogramu.
6. Zapewniam niezmiennność cen w okresie obowiązywania Umowy.

---

*miejsowość, data*

---

*podpis i pieczęć Przyjmującego zamówienie*