

FORMULARZ OFERTOWY

I. Proponuję następujące warunki wynagrodzenia:

Lp.	Rodzaj udzielanego świadczenia	Cena za udzielane świadczenie	Szacunkowa liczba udzielanych świadczeń w ciągu miesiąca*	Cena łączna za udzielane świadczenia w ciągu miesiąc
1	znieczulenie ogólne dla dzieci trwające do 15 min.	 zł	2	 zł
2	znieczulenie ogólne dla dzieci trwające do 60 min.	 zł	3	 zł
3	znieczulenie ogólne dla dzieci trwające do 120 min.	 zł	9	 zł
4	znieczulenie ogólne dla dorosłych trwające do 15 min.	 zł	1	 zł
5	znieczulenie ogólne dla dorosłych trwające do 120 min.	 zł	1	 zł
Łącznie				 zł

* Liczba świadczeń w kolumnie 4 to jedynie liczba szacunkowa i nie stanowi ani górnej granicy zobowiązania Udzielającego zamówienie ani też Udzielający zamówienie nie gwarantuje, że taka liczba świadczeń zostanie faktycznie Oferentowi udzielona. Udzielający zamówienie będzie w toku realizacji umowy zlecał świadczenia zgodnie ze swoimi potrzebami, które będą wykonywane po cenach wskazanych przez Oferenta. W przypadku zlecenia mniejszej liczby świadczeń Oferentowi nie przysługują żadne roszczenia względem Udzielającego zamówienie, nie określa on też minimalnego poziomu realizacji umowy. Wartość świadczeń wskazana w kolumnie 4 będzie służyła jedynie porównaniu ofert i wyboru oferty najkorzystniejszej.

II. Formularz oceny kryteriów pozacenowych:

Oświadczam, iż w okresie ostatnich 5 lat przed datą złożenia oferty posiadam doświadczenie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie anestezjologii i intensywnej terapii – znieczulenia ogólne w stomatologii, w tym zabiegi u dzieci w okresie:

☐ - do 3 lat

☐ - powyżej 3 lat

Usługi świadczone były na rzecz następujących podmiotów

Lp.	Nazwa podmiotu leczniczego	Okres świadczenia usługi
1		
2		
3		



III. Dane osób realizujących usługi będące przedmiotem konkursu:

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje
1		
2		
3		

IV. Minimalna liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne

V. Niniejszym oświadczam/my, iż:

- zapoznałem/zapoznaliśmy się z treścią dokumentów Szczegółowych Warunków Konkursu (SWK) i akceptuję/akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz uzyskałem/uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty*.
- akceptuję/akceptujemy bez zastrzeżeń zakres świadczeń, wymagania stawiane Oferentom jak i projekt umowy stanowiący **załącznik nr 2 do SWK** oraz zobowiązuję się/zobowiązujemy się, w przypadku wyboru niniejszej oferty, do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie. W przypadku niestawienia się w wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie miejscu i terminie w celu zawarcia umowy, Oferent zobowiązuje się do zapłaty kary umownej w wysokości 1 000,00 zł (słownie: tysiąc złotych) na wskazany rachunek Udzielającego Zamówienie.*
- uważam/my się za związanego ofertą przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert*.
- świadczenia objęte przedmiotem zamówienia będą wykonywane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach przewidzianych odpowiednimi obowiązującymi przepisami*.
- zobowiązuję/my się posiadania i kontynuowania umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy i na warunkach w niej określonych*.
- jeżeli w treści złożonej oferty lub innych przekazywanych Udzielającemu Zamówienie dokumentów Oferent poda dane osobowe swoich pracowników, współpracowników, przedstawicieli lub innych osób, zobowiązuje się on do ich poinformowania o powyższym fakcie, jak też do wypełnienia względem nich, w imieniu Udzielającego Zamówienie, obowiązku informacyjnego, o którym mowa w art. 14 RODO, w oparciu o klauzulę informacyjną nr 1 zawartą w załączniku nr 2 do SWK. W powyższym wypadku Oferent załącza do oferty podpisany **załącznik nr 2 do SWK**.
- akceptuję/akceptujemy fakt, że składając niniejszą ofertę wyraża ona jednocześnie zgodę na przetwarzanie zawartych w jej treści jego danych osobowych w celu umożliwienia mu udziału w konkursie ofert, w tym rozpatrzenia złożonej przez niego oferty.

*) w przypadku nie wyrażania zgody należy skreślić.

Posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do realizacji przedmiotu konkursu oraz spełniam, jako Oferent, warunki ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2023, poz. 991) w zakresie realizacji przedmiotu umowy.

.....
*Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania
Wykonawcy*

.....
Data i miejscowość

