

## FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Kwota należności za realizację zamówienia (cena za 1 godzinę brutto):

Z tytułu samodzielnie realizowanych Świadczeń objętych Umową, oferuję wynagrodzenie w wysokości\*:

- a) ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych<sup>00/100</sup>) za każdą godzinę w podstawowej ordynacji czasu pracy;
- b) ..... złotych brutto (słownie: ..... złotych<sup>00/100</sup>) za każdą godzinę podczas pełnienia dyżurów medycznych;
- c) Procedura M012 ..... złotych brutto (słownie: .....<sup>00/100</sup> złotych brutto)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
- d) Procedura M02 ..... złotych brutto (słownie: .....<sup>00/100</sup> złotych brutto)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
- e) Procedura M03 ..... złotych brutto (słownie: .....<sup>00/100</sup> złotych brutto)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
- f) Procedura M06 ..... złotych brutto (słownie: .....<sup>00/100</sup> złotych brutto)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
- g) Procedura M11 ..... złotych brutto (słownie: .....<sup>00/100</sup> złotych brutto)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
- h) Procedura M12 ..... złotych brutto (słownie: .....<sup>00/100</sup> złotych brutto)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
- i) Procedura M13 ..... złotych brutto (słownie: .....<sup>00/100</sup> złotych brutto)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;

**Załącznik nr 1 do Warunków Konkursu Ofert**

- j) Procedura M20 ..... złotych brutto (*słownie: .....<sup>00</sup>/<sub>100</sub> złotych brutto*)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
  - k) Procedura M21 ..... złotych brutto (*słownie: .....<sup>00</sup>/<sub>100</sub> złotych brutto*)  
lub .....% od wartości wykonanej procedury ginekologicznej;
8. Czas trwania umowy :.....
9. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert w sprawie o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w Szpitalu Wojewódzkim w Poznaniu.
10. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami konkursu i treścią umowy i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
11. Oświadczam, że nie jest stroną umowy zwartej z NFZ w zakresie udzielania świadczeń opieki zdrowotnej - tym samym nie zachodzą przesłanki, o których mowa w art. 133 w zw. z art. 132 ust. 3 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 146 z późn. zm.),
12. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis i pieczęć Oferenta  
lub osoby uprawnionej do jego, data, miejscowość)