

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert *NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W RAMACH NARODOWEGO FUNDUSZU ZDROWIA W ZAKRESIE AMBULATORYJNEJ OPIEKI SPECJALISTYCZNEJ*

.....
.....

Składam niniejszą ofertę.

I. DANE OFERENTA

PEŁNA NAZWA OFERENTA (zgodnie z właściwym rejestrem) :

.....
.....

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI :

.....
.....

ADRES ZAMIESZKANIA:

NIP:

REGON:

NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU I DATA JEGO UZYSKANIA:

.....

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

Nr telefonu: **adres e-mail:**.....

Kwalifikacje zawodowe (posiadane dyplomy, posiadane specjalizacje bądź specjalizacje w trakcie, kursy, uprawnienia (prawo wykonywania zawodu), certyfikaty):

.....
.....
.....
.....

Staż pracy (w tym w zawodzie lekarza)

.....

Przebieg pracy zawodowej

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....

(wpisać bank i nr konta)

Do niniejszej oferty załączam wymagane w warunkach zamówienia dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

1. Aktualny wpis do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez właściwą Izbę Lekarską, z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych;
2. Poświadczone kopie dokumentów (dyplomy, prawo wykonywania zawodu lekarza, posiadana specjalizacja, zaświadczenie o odbyciu specjalizacji, karta szkolenia specjalizacyjnego w przypadku odbywania specjalizacji, przebieg pracy zawodowej, certyfikaty potwierdzające umiejętności w zakresie wykonywania badań o których mowa w przedmiocie zamówienia);
3. Aktualna polisa OC
4. Aktualny wpis z CEIDG
5. Kopia aktualnego orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do świadczenia usług w ramach świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu;
6. Kopia aktualnego zaświadczenia o ukończeniu szkolenia BHP.
7.
8.
9.

.....

podpis i pieczęć oferenta

.....

miejsce i data

II. OFERTA SZCZEGÓŁOWA

Oferent oświadcza, że:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursów Ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Warszawie w miejscu wskazanym w umowie przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Zamawiającego.
3. Prowadzi działalność leczniczą w dziedzinie..... zarejestrowaną w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą / rejestr, indywidualnej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, zgodnie z danymi wymienionym na wstępie niniejszej oferty
4. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.
5. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
6. Posiada wpis w księdze Rejestrowej o Rodzaju Działalności Leczniczej i Praktyki Zawodowej z wpisem adresu miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych.
7. Posiada uprawnienia i kwalifikacje wynikające z dokumentów załączonych do oferty.
8. Oferuję dyspozycyjność do udzielenia świadczeń zdrowotnych w placówkach **(zaznaczyć wybrane):**
 - I. przy ul. Nowowiejska 5 – NFZ
 - II. przy ul. Nowowiejskiej 31 – NFZ
 - III. przy ul. Andersa 14 i 16 – NFZ

O wyborze miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych decydują aktualne potrzeby Udzielającego zamówienia i strony ustalają miejsce zgodnie z umową. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany harmonogramu świadczeń medycznych w zależności od organizacji procesu udzielania świadczeń zdrowotnych, po uzyskaniu akceptacji Oferenta. W celu zabezpieczenia udzielania świadczeń zdrowotnych w godzinach popołudniowych w wybranych poradniach wskazanych w Załączniku do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (*warunek wymagany), Oferent proszony jest o wskazanie minimum jednego dnia w tygodniu kalendarzowym, w którym udzielane są świadczenia przez minimum 4 godziny rozpoczynając od godziny 14:00.

DNI TYGODNIA	OD DO.....	LICZBA GODZIN
Poniedziałek		
Wtorek		
Środa		
Czwartek		

Piątek		
Przeciętna liczba godzin w tygodniu		

Lekarze wykonujący zabiegi proszeni są o wskazanie dnia zabiegowego i zaznaczenie godzin.

.....

Zamawiający ma prawo do wyboru określonych godzin wskazanych powyżej (umieszczonych w tabelce). Kryteria wyboru ofert dotyczy tylko tych godzin w których Udzielający zamówienia ma potrzeby do zapewnienia udzielania świadczeń w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Wybrane oferty nie powodują automatycznie, iż wszystkie godziny bądź przedział godzin zostaną wybrane. Dokładny harmonogram (dni i godz.) udzielania świadczeń zdrowotnych zostanie ustalony z Zastępcą Dyrektora ds. Lecznictwa lub innym pracownikiem Udzielającego zamówienia posiadającym stosowne upoważnienie.

9. Przyjmując do wiadomości, iż świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego oraz łączności Udzielającego zamówienia, oświadczam, że za realizację zamówienia oczekuję należności (brutto) wg następującej kalkulacji:

Świadczenia zdrowotne w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia:

L.p.	Rodzaj świadczenia	Wartość za udzielane świadczenia w zakresie:
1.	Świadczenia w ramach konsultacji specjalistycznych / pierwszorazowych / zabiegowych / (wypracowanych, uznanych i sfinansowanych przez NFZ). <u>* nie dotyczy świadczeń z zakresu: kardiologii, gastroenterologii, okulistyki, ginekologii</u>	1. Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>specjalistyczną</u> :* a) praca z pielęgniarką..... % b) praca bez pielęgniarki % *Stawka za jednostkę rozliczeniową <u>specjalistyczną</u> wartość oczekiwana nie więcej niż 50 % - praca bez pielęgniarki oraz nie więcej niż 40%- praca z pielęgniarką, 2.Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>pierwszorazową</u> :* a) praca z pielęgniarką.....% b) praca bez pielęgniarki% *Stawka za jednostkę rozliczeniową <u>pierwszorazową</u> wartość oczekiwana nie więcej niż 50 % - praca bez pielęgniarki oraz nie więcej niż 40%- praca z pielęgniarką, 3.Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>zabiegową</u> :* a) praca z pielęgniarką..... % b) praca bez pielęgniarki..... % *Stawka za jednostkę rozliczeniową <u>zabiegową</u> – nie więcej niż 45% - praca bez pielęgniarki oraz nie więcej niż 40% praca z pielęgniarką, Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.

2.	<p>Świadczenia w ramach konsultacji kardiologicznych specjalistycznych/ pierwszorazowych/ <u>bez wykonywania i opisu badania USG</u> <u>echo serca we własnym zakresie</u> (wypracowanych, uznanych i sfinansowanych przez NFZ).</p>	<p>1. Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>specjalistyczną bez wykonywania i opisu badania USG echo serca we własnym zakresie *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką.....%</p> <p>b) praca bez pielęgniarki%</p> <p><i>*Stawka za jednostkę rozliczeniową specjalistyczną bez wykonywania i opisu badania USG echo serca we własnym zakresie-wartość oczekiwana nie wyższa niż 45% - praca bez pielęgniarki oraz nie wyższa niż 40%- praca z pielęgniarką</i></p> <p>2.Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>pierwszorazową: bez wykonywania i opisu badania USG echo serca we własnym zakresie *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką.....%</p> <p>b) praca bez pielęgniarki%</p> <p><i>*Stawka za jednostkę rozliczeniową pierwszorazową bez wykonywania i opisu badania USG echo serca we własnym zakresie-wartość oczekiwana nie wyższa niż 45% - praca bez pielęgniarki oraz nie wyższa niż 40%- praca z pielęgniarką</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>
3.	<p>Świadczenia w ramach konsultacji kardiologicznych specjalistycznych/ pierwszorazowych z <u>wykonywaniem i opisem badania USG echo serca we własnym zakresie</u> (wypracowanych, uznanych i sfinansowanych przez NFZ).</p>	<p>1. Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>specjalistyczną z wykonywaniem i opisem badania USG echo serca we własnym zakresie *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką.....%</p> <p>b) praca bez pielęgniarki%</p> <p><i>*Stawka za jednostkę rozliczeniową specjalistyczną z wykonywaniem i opisem badania USG echo serca we własnym zakresie-wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% - praca bez pielęgniarki oraz nie wyższa niż 40%- praca z pielęgniarką</i></p> <p>2.Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>pierwszorazową: z wykonywaniem i opisem badania USG echo serca we własnym zakresie *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką.....%</p> <p>b) praca bez pielęgniarki%</p> <p><i>*Stawka za jednostkę rozliczeniową pierwszorazową z wykonywaniem i opisem badania USG echo serca we własnym zakresie-wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% - praca bez pielęgniarki oraz nie wyższa niż 40%- praca z pielęgniarką</i></p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>
4.	<p>Świadczenia w ramach konsultacji położniczo- ginekologicznych specjalistycznych/ pierwszorazowych z <u>wykonywaniem i opisem badania USG położniczo-ginekologicznego we własnym zakresie</u></p>	<p>1. Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>specjalistyczną z wykonywaniem i opisem badania USG położniczo-ginekologicznego we własnym zakresie *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką.....%</p> <p>b) praca bez pielęgniarki%</p> <p><i>*Stawka za jednostkę rozliczeniową specjalistyczną z wykonywaniem i opisem badania USG położniczo-ginekologicznego we własnym zakresie - wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% - praca bez pielęgniarki oraz nie wyższa niż 40%- praca z pielęgniarką</i></p> <p>2.Stawka za 1 jedn. rozliczeniową <u>zabiegową</u></p>

	(wypracowanych, uznanych i sfinansowanych przez NFZ).	<p><u>z wykonywaniem i opisem badania USG położniczo-ginekologicznego we własnym zakresie *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką.....%</p> <p>b) praca bez pielęgniarki%</p> <p><u>*Stawka za jednostkę rozliczeniową pierwszorazową z wykonywaniem i opisem badania położniczo-ginekologicznego we własnym zakresie</u> - wartość oczekiwana nie wyższa niż 45% - praca bez pielęgniarki oraz nie wyższa niż 40%- praca z pielęgniarką</p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>
5.	<p><u>Świadczenia w ramach konsultacji specjalistycznych / pierwszorazowych w zakresie gastroenterologii z wykonaniem i opisem badania USG jamy brzusznej we własnym zakresie.</u></p> <p>(wypracowanych, uznanych i sfinansowanych przez NFZ).</p>	<p>1. <u>Stawka za 1 jedn. rozliczeniową specjalistyczną w zakresie gastroenterologii z wykonaniem i opisem badania USG jamy brzusznej we własnym zakresie. *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką..... %</p> <p>b) praca bez pielęgniarki %</p> <p><u>*Stawka za jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w zakresie gastroenterologii z wykonaniem i opisem badania USG jamy brzusznej we własnym zakresie</u> - wartość oczekiwana nie więcej niż 60 % - praca bez pielęgniarki oraz nie więcej niż 40%- praca z pielęgniarką, Zabezpieczenie udzielania świadczeń w poradni 2 razy w tygodniu, minimum 1 raz w tygodniu popołudniu, co najmniej 4 godziny rozpoczynając pracę nie wcześniej niż od godziny 14:00.</p> <p>2. <u>Stawka za 1 jedn. rozliczeniową pierwszorazową w zakresie gastroenterologii z wykonaniem i opisem badania USG jamy brzusznej we własnym zakresie. *</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką.....%</p> <p>b) praca bez pielęgniarki%</p> <p><u>*Stawka za jednostkę rozliczeniową pierwszorazową w zakresie gastroenterologii z wykonaniem i opisem badania USG jamy brzusznej we własnym zakresie. *</u> - wartość oczekiwana nie więcej niż 60 % - praca bez pielęgniarki oraz nie więcej niż 40%- praca z pielęgniarką,</p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>
6.	<p><u>Świadczenia w ramach konsultacji okulistycznych specjalistycznych / zabiegowych /</u></p> <p>(wypracowanych, uznanych i sfinansowanych przez NFZ).</p>	<p>1. <u>Stawka za 1 jedn. rozliczeniową specjalistyczną:*</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką..... %</p> <p>b) praca bez pielęgniarki %</p> <p>* Stawka za jednostkę rozliczeniową specjalistyczną w ramach NFZ – wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% - praca bez pielęgniarki (wykonanie przez p. pielęgniarkę badań wstępnych okulistycznych przed wizytą: AKR; RR; Grubość Rogówki ; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe) oraz nie wyższa niż 40% - praca z pielęgniarką. Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni 3 razy w tygodniu.</p> <p>2. <u>Stawka za 1 jedn. rozliczeniową zabiegową:*</u></p> <p>a) praca z pielęgniarką..... %</p> <p>b) praca bez pielęgniarki..... %</p>

		<p>* Stawka za jednostkę rozliczeniową zabiegową w ramach NFZ – wartość oczekiwana nie wyższa niż 50% - praca bez pielęgniarki (wykonanie przez p. pielęgniarkę badań wstępnych okulistycznych przed wizytą: AKR; RR; Grubość Rogówki ; Pole Widzenia; Mezotest; Badanie Wczesnego Wykrywania Zaćmy (kontrast); EFDT - 30; Pole Neurologiczne; Pole Jaskrowe) oraz nie wyższa niż 40% - praca z pielęgniarką. Zabezpieczenie udzielania świadczeń zdrowotnych w poradni 3 razy w tygodniu.</p> <p>Termin zawarcia umowy: 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.</p>
--	--	--

10. Deklaruję możliwość wypracowania;

jednostek rozliczeniowych specjalistycznych	minimalnie	w ilości.....	w ciągu miesiąca .
jednostek rozliczeniowych specjalistycznych	maksymalnie	w ilości.....	w ciągu miesiąca .
jednostek rozliczeniowych pierwszorazowych	minimalnie	w ilości	w ciągu miesiąca.
jednostek rozliczeniowych pierwszorazowych	maksymalnie	w ilości	w ciągu miesiąca.
jednostek rozliczeniowych zabiegowych	minimalnie	w ilości	w ciągu miesiąca.
jednostek rozliczeniowych zabiegowych	maksymalnie	w ilości	w ciągu miesiąca.

Deklaruję przyjęcia pacjentów co minut.

Ceny podane w formularzu ofertowym, są cenami niezmiennymi, obowiązującymi do końca trwania umowy. Ceny nie podlegają zmianie ani negocjacji .

11 Przyjmujący zamówienie dokonuje podpisania umowy zgodnie z treścią szczegółowych istotnych warunków zamówienia.

12. Z wybranym Oferentem zostanie podpisana umowa na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodna w treści ze wzorem załączonym do SWKO w terminie: od 3.01.2022 r. do 31.12.2022 r.

13. Podmioty gospodarcze posiadające na dzień składania ofert umowę kontraktową o udzielanie świadczeń zdrowotnych ze Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska SP ZOZ w Warszawie biorące udział w postępowaniu będą mogły podpisać nową umowę, jeżeli złożona obecnie oferta będzie korzystniejsza dla Przychodni pod względem finansowym i zabezpieczenia świadczeń.

14. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są korzystne lub neutralne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa Nr..... z dniarozwiązuje się w całości na mocy porozumienia stron w przeddzień rozpoczęcia obowiązywania niniejszej umowy tj. z dniem.....r

15. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie ma ważną umowę o udzielanie świadczeń zdrowotnych, której termin i zakres pokrywałyby się z niniejszą umową i postanowienia niniejszej umowy są niekorzystne dla Udzielającego zamówienia w stosunku do tej ważnej umowy, to Strony postanawiają, że umowa niniejsza zaczyna obowiązywać po dniu wygaśnięcia obowiązywania umowy Nr z dnia.....tj. niniejsza umowa zaczyna obowiązywać z dniem.....r.

16. Strony umowy mogą w drodze porozumienia stron zmienić umowę pod warunkiem, że zmiana będzie korzystna lub neutralna dla Udzielającego zamówienia. Zmiana może dotyczyć również zwiększenia ilości punktów do wykonania przez Przyjmującego zamówienie, jeżeli z analizy Udzielającego zamówienia wynikać będzie, że jest to zmiana neutralna lub korzystna dla Udzielającego zamówienia, a środki zabezpieczone na wykonanie umowy znajdują się w planie finansowym i brak jest przesłanek do ogłoszenia dodatkowych konkursów, ze względu na czas konieczności wykonania dodatkowych punktów lub brak dodatkowych miejsc

u Udzielającego zamówienia na wykonanie świadczeń lub godzin w których mogą być wykonywane lub też prognozę, że na ogłoszony dodatkowy konkurs nikt najprawdopodobniej się nie zgłosi lub ceny zaproponowane będą wyższe, niż w przedmiotowym konkursie. Art.27 ust.5 ustawy z 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2021 r. poz. 711 z późn.zm.) stosuje się odpowiednio. Cena jednostkowa za punkt lub badanie nie może zostać podwyższona przez cały czas obowiązywania umowy.

17. W przypadku, w której Przyjmujący zamówienie ma zawartą inną ważną umowę z Udzielającym zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych dopuszcza się wykonywanie niniejszej umowy również w godzinach wskazanych w poprzednio zawartej ważnej umowie, której termin obowiązywania częściowo lub całkowicie pokrywa się niniejszą umową, pod warunkiem oświadczenia przez Przyjmującego zamówienie w ofercie, że wykonywanie niniejszej umowy nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie poprzednio zawartej umowy i Przyjmujący zamówienie jest w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami tych umów. W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie został wybrany w postępowaniu dotyczącym niniejszej umowy i złożył powyższe oświadczenie, stanowiące załącznik nr 5 do umowy, dopuszcza się wykonywanie obydwu umów i przepisów o wyborze jednej z umów wskazanych w ust. 14 i 15 nie stosuje się.

III. OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE o zapoznaniu się z przepisami prawnym.

1. *Oświadczam, że zapoznałem(lam) się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń.*
2. *Jestem gotowy(a) do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie wskazanym w ogłoszeniu.*
3. *Jestem związany(a) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.*
4. *Oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dot. imienia i nazwiska, Prawa wykonywania zawodu, specjalizacji, numerów telefonu stacjonarnego i komórkowego, e - mail przez SPL DLA PW SPZOZ w Warszawie dla potrzeb bieżącego konkursu ofert i realizacji umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Przychodni.*
5. *Oświadczam, że w czasie udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu wskazanego w ofercie w SPL DLA PW SPZOZ w Warszawie nie udzielam innych świadczeń zdrowotnych, których wykonywanie kolidowałoby z harmonogramem udzielania przez mnie świadczeń w Przychodni.*
6. *Oświadczam, że nie toczy się przeciw mnie postępowanie dotyczące odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza*.*
7. *Oświadczam, że wyrażam / nie wyrażam zgody na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej na adres e-mail wskazanym w formularzu ofertowym (Załącznik Nr), bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu ustawy z dnia 18 września 2001 r. o podpisie elektronicznym (Dz.U. z 2013 r. poz. 262 z późn. zm.).*
8. *Oświadczam, iż przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych, dostarczę polisę ubezpieczeniową i będę ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy z Udzielającym Zamówienia.*

9. *Oświadczam, że dane zawarte we wniosku podałem zgodnie z prawdą. Jeżeli ulegną one zmianie, zobowiązuję się poinformować o nich Udzielającego Zamówienia*
10. *Oświadczam, że w ramach prowadzonej praktyki lekarskiej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i ZUS-em.*

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

Załącznik nr 5 do umowy

Oświadczenie Oferenta

Oświadczam, że jestem stroną umowy zawartej z Specjalistyczną Przychodnią Lekarską dla Pracowników Wojska Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Warszawie w dniu o nr której termin obowiązywania częściowo/całkowicie* pokrywa się z niniejszą umową z dnianr..... . Oświadczam, że wykonanie niniejszej umowy z dnianr nie wpłynie niekorzystnie na wykonanie uprzednio zawartej umowy i jestem w stanie wykonać zobowiązania z obydwu umów, zgodnie z przepisami, w tym zgodnie z zapisami obydwu wyżej wymienionych umów.

* niepotrzebne skreślić

.....
Podpis Oferenta