## *Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta*

**FORMULARZ OFERTY**

**I. Instrukcja dla Oferenta**

1. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany poprzez osobę do tego upoważnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
3. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Oferenta.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Wszystkie strony formularza Oferty muszą być ponumerowane przez Oferenta.

**II. Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

|  |
| --- |
|  |

1. Siedziba Oferenta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Ulica | Numer |
|  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość |
|  |  |
| Telefon | Fax | E-mail |
|  |  |  |
| REGON | NIP | KRS | Nr wpisu w ewidencji Laboratoriów - Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych | Nr Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Dzielność Leczniczą |
|  |  |  |  |  |
| Nr konta bankowego |
|  |

**III. Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę o udzielenie zamówienia na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki histopatologicznej i cytologicznej, w zakresie i w cenie szczegółowo wymienionych w formularzu cenowym, stanowiącym załącznik do niniejszej oferty.**

**IV. Oświadczenia Oferenta:**

1. W okresie trwania umowy zapewniam, że oferowane ceny jednostkowe nie wzrosną przez okres ............ (min. 12 m-cy).
2. Oferuję termin płatności 60 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki histopatologicznej i cytologicznej dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie na okres: od dnia 01.01.2021 r. do dnia 31.12.2023 r..
5. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
6. Przedmiot umowy wykonam w całości samodzielnie / przy pomocy podwykonawców w następującym zakresie\*:

………….…………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………..................

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez …….. (podać), pod ww. numerem księgi rejestrowej.
2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod ww. numerem.
3. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Oświadczam, że zobowiąże się do zintegrowania własnego systemu informatycznego z system informatycznym używanym przez Udzielającego zamówienia w zakresie, o którym mowa w rozdz. V ust. 7 MI w terminie do 90 dni od rozpoczęcia trwania umowy\*.
5. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności objętej konkursem ofert oraz dysponuję personelem posiadającym uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa, o czym mowa w rozdziale III ust. 1 pkt 1 lit. a oraz ust 1 pkt 3 MI.
6. Oświadczam, iż będę udzielać świadczeń zdrowotnych w oparciu o sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ dla pracowni diagnostycznych, posiadających stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy, o czym mowa w rozdziale III ust. 1 pkt 4 MI.
7. Oświadczam, że w prowadzonym laboratorium jest prowadzona wewnętrzna i zewnętrzna kontrola jakości badań zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U. z 2019 r., poz. 1923 t.j. z dnia 10.10.2019 r.), o czym mowa w rozdziale III ust. 2 MI.
8. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

\*niepotrzebne skreślić

............................................... .................................................…

 (miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

**Załączniki:**

1. ………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………
5. ………………………………………………………………
6. ………………………………………………………………
7. ………………………………………………………………
8. ………………………………………………………………