## *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 Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą | Nr wpisu do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych |
|  |  |
| 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. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem postępowania konkursowego dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Parczewie na okres od dnia 01.01.2024 r. do dnia 31.12.2026 r.
3. W okresie trwania umowy zapewniam, że oferowane ceny jednostkowe nie wzrosną przez okres ............ (min. 12 m-cy, max. 36 m-cy).
4. Oferuję termin płatności 60 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
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. Materiał do badań i zlecenia odbierane będą przez Przyjmującego Zamówienie z siedziby Udzielającego Zamówienia (pod adresem: Dział Diagnostyki Laboratoryjnej SPZOZ w Parczewie, ul. Kościelna 136, 21-200 Parczew) w dniach roboczych w godzinach …………………….., z wyjątkiem sobót oraz dni ustawowo wolnych od pracy.
2. Oświadczam, że w okresie ostatnich pięciu (słownie: 5) lat przed upływem terminu składania ofert, nieprzerwanie przez okres co najmniej 12 miesięcy - realizowałem / realizuje umowy obejmujące usługi na świadczenia będące co najmniej w zakresie badań objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego na rzecz co najmniej pięciu podmiotów leczniczych na podstawie umów z podmiotami wskazanymi w tabeli 1 załącznika nr 4 do MI. Realizacja wskazanych umów przebiegała/przebiega w sposób należyty (bez uwag ze strony podmiotu zlecającego usługi oraz bez uiszczania kar umownych).
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. III ust. 1 pkt 8 MI w terminie do 180 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. b oraz ust 1 pkt 3 lit. a MI.
6. Oświadczam, że przez cały okres trwania umowy zapewnię wykonywanie świadczeń objętych niniejszą umową przez co najmniej ……. osób, o których mowa w ust. 12.
7. 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 lit. a MI.
8. 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, o czym mowa w rozdziale III ust. 2 MI.
9. Oświadczam, że posiadam aktywne konto w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) Narodowego Funduszu Zdrowia i zobowiązuje się do niezwłocznego zamieszczenia niezbędnych informacji o zawartej umowie w ww. systemie.
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Hasło do pliku z formularzem cenowym stanowiącym załącznik nr 2 do MI (w wersji edytowalnej w pliku \*xls lub \*xlsx lub \*csv, z możliwością sprawdzenia poprawnego obliczenia wartości poszczególnych pozycji za pomocą programu informatycznego) brzmi: ………………………

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

 (miejscowość, data) (pieczątka, podpis Oferenta)

**Załączniki:**

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