

*Pieczętka 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 opieczetowany 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 pieczętą 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

--

#### 2. 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 udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej na rzecz Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie, w zakresie i w cenie szczegółowo wymienionych w formularzu cenowym, stanowiącym załącznik do niniejszej oferty.**

#### **IV. Oferowana kwota wynagrodzenia**

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych (MI), za łączną kwotę .....zł (słownie: .....)

#### **V. 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 Zespołu Opieki Zdrowotnej w Hrubieszowie na okres wskazany w Materiałach Informacyjnych.
3. W okresie trwania umowy zapewniam, że oferowane ceny jednostkowe nie wzrosną przez okres ..... (min. 12 m-cy, max. 24 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:  
.....  
.....  
.....
7. Materiał do badań i zlecenia odbierane będą przez Przyjmującego Zamówienie z siedziby Udzielającego Zamówienia (pod adresem: Medyczne Laboratorium Diagnostyczne SPZOZ w Hrubieszowie, ul. Piłsudskiego 11) w dniach roboczych minimum 1 raz na dobę w godzinach przedpołudniowych, szczegółowo określonych w umowie (z wyjątkiem dni ustawowo wolnych od pracy).
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności objętej konkursem ofert i jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez ....., pod numerem księgi rejestrowej wskazanym w rozdz. II ust. 2.
9. Oświadczam, iż posiadam wpis do ewidencji Medycznych Laboratoriów Diagnostycznych prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych o numerze wskazanym w rozdz. II ust. 2.
10. Oświadczam, że w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert realizowałem usługi na świadczenia będące co najmniej w zakresie badań objętych przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego dla podmiotów leczniczych trwające nieprzerwanie przez okres minimum 12 miesięcy 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).
11. Oświadczam, że dysponuję personelem posiadającym uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem postępowania konkursowego, potwierdzone stosownymi dokumentami, zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa, w szczególności zgodnie z przepisami Ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U. z

2022 r. poz. 2280, ze zm.).

12. Oświadczam, że posiadam 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.
13. Oświadczam, że w przeznaczonym do realizacji przedmiotowych świadczeń 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.
14. Oświadczam, że umożliwię odbiór wyniku badania laboratoryjnego, przeglądanie wyników badań w Internecie za pośrednictwem strony internetowej w oparciu o login i hasło w okresie obowiązywania umowy.
15. Zobowiązuje się do wykonywania imiennych zestawień miesięcznych z podziałem na oddziały, poradnie i pacjentów prywatnych, lekarzy zlecających oraz rodzaje wykonywanych badań wraz z ich ceną. Miesięczne zestawienia z wykonywanych badań będą dostarczane wraz z fakturą VAT do siedziby Udzielającego zamówienia.
  16. 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.
  17. Oświadczam, że załączony do MI wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
  18. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z prawdą, z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
  19. Oświadczam, że badania objęte niniejszym konkursem będą zakończone wynikiem autoryzowanym przez osoby z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami (diagnostę laboratoryjnego) w formie papierowej dostarczone do siedziby Zamawiającego.

.....  
(miejscowość, data)

.....  
(pieczęćka, podpis Oferenta)

### Załączniki:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....

7. ....

8. ....