WSZ.DAT.SZP.042.1.2/2024 **Załącznik nr 2 do SWKO**

FORMULARZ OFERTY

Dotyczy konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie kompleksowej całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii i serologii transfuzjologicznej oraz wykonywanie badań czystości mikrobiologicznej, a także nadzoru nad Bankiem Krwi wraz z dzierżawą pomieszczeń

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. | Pełna nazwa Oferenta/ Przyjmującego zamówienie |  |
| 2. | Adres (ulica, kod pocztowy, miasto) |  |
| 3. | Telefony kontaktowe |  |
| 5. | Adres e-mail |  |
| 6. | Numer KRS |  |
| 7. | Numer NIP |  |
| 8. | Numer REGON |  |
| 9. | Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (lub innego właściwego rejestru/ewidencji) |  |
| 8. | W przypadku innego rejestru niż Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą  nazwa organu prowadzącego rejestr |  |

#### II. OFERTA CENOWA

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie w/w świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach oferujemy realizację zamówienia zgodnie z wymogami opisu przedmiotu zamówienia na okres 36 miesięcy.

1. Ogólna wartość oferty zgodnie z formularzem ofertowo- cenowym wynosi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Wartość oferty netto w okresie 36 m-cy w PLN | Podatek VAT % | Wartość oferty brutto w okresie 36 m-cy w PLN |
|  |  |  |

**III. DZIERŻAWA POMIESZCZEŃ**

|  |
| --- |
| **Oferujemy stawkę dzierżawy za 1 m2 dzierżawionej powierzchni w kwocie:**  netto: ……………………. zł/1m2 , brutto: ……………………. zł/1m2,  w tym VAT …………..%  Miesięczny czynsz dzierżawy pomieszczeń wyniesie ( 299,13 m2 powierzchni):  netto ……………………. zł, brutto ……………………. zł, VAT …………%  Dodatkowo zobowiązuję się do uiszczania innych opłat wynikających z zawartej umowy dzierżawy pomieszczeń zgodnie z zapisami umowy dzierżawy. |

**III. OŚWIADCZAM, ŻE:**

1. posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania przedmiotu konkursu, w szczególności do wykonywania badań diagnostycznych, mikrobiologicznych i w zakresie serologii transfuzjologicznej, objętych przedmiotem konkursu;
2. spełniam wymogi stawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla pracowni diagnostyki laboratoryjnej;
3. dysponuję osobami zdolnymi do wykonywania niniejszego zamówienia;
4. JAKOŚĆ - dysponuję ….. (podać liczbę) certyfikatami zarządzania jakością normy ISO 17025 lub ISO 9001 lub ISO 15189, o następujących oznaczeniach:

1) …………………………………………………………

2) …………………………………………………………

3) …………………………………………………………

4) …………………………………………………………

5) …………………………………………………………

3. DOSTĘPNOŚĆ - zapewniam dostępność w zakresie Punkt Pobrań w następujących dniach i godzinach (zaznaczyć „X” odpowiednie okienko):

□ od poniedziałku do piątku w godz. 7.00 do 15.00

□ od poniedziałku do piątku w godz. 6.00 do 15.00

4. CIĄGŁOŚĆ - w ostatnich 6 latach świadczyłem na rzecz szpitalnego podmiotu leczniczego całodobowe świadczenia z zakresu diagnostyki laboratoryjnej. Na dowód do niniejszego formularza załączam referencje wydane przez ……………..;

5. Przyjmujący zamówienie zamierza powierzyć część badań podwykonawcom (należy podać nazwę podwykonawcy oraz numer badania wskazany w wykazie – załącznik nr 1 do SWKO) :

1. ……..
2. ………

Jeżeli Przyjmujący zamówienie nie poda tych informacji to Udzielajacy zamówienie przyjmie, że Przyjmujący zamówienie nie zamierza powierzać żadnej części zamówienia podwykonawcy.

**V. DODATKOWO OŚWIADCZAM ŻE:**

* 1. zapoznałem się z warunkami szczegółowymi dotyczącymi ww. przedmiotu zamówienia i nie zgłaszam wobec nich zastrzeżeń;
  2. uważam się związany ofertą przez czas wskazany w warunkach SWKO tj. 30 dni od jej złożenia;
  3. zawarty w warunkach szczegółowych udział w w/w postępowaniu konkursowym (SWKO) projekty warunków umów zostały przez nas zaakceptowane w całości bez uwag i zobowiązujemy się w przypadku wyboru Udzielającego zamówienia naszej oferty jako najkorzystniejszej do zawarcia umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego;
  4. zapoznałem się ze stanem pomieszczeń przeznaczonych na działalność laboratoryjną;
  5. *posiadam w zakresie diagnostyki laboratoryjnej dostęp do Portalu Potencjału udostępniony przez ŁOW NFZ umożliwiający uzupełnienie danych związanych z przedmiotem konkursu/ zobowiązuje się uzyskać dostęp do Portalu Potencjału ŁOW* *NFZ*\* i zobowiązuje się do wprowadzenia umowy podwykonawstwa, najpóźniej w dniu podpisania umowy- *(\*niepotrzebne skreślić*);
  6. jestem świadomy iż, po wyborze mojej oferty jako najkorzystniejszej, a przed zawarciem umowy o udzielenie zamówienia będącego przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego zobowiązuje się do przedłożenia w terminie 3 dni od dnia wezwania przez Udzielającego zamówienie aktualnej polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swym przedmiotem zakres świadczeń oraz usług udzielanych na rzecz Udzielającego zamówienie o minimalnej wysokości określonej przez akt wykonawczy wydany na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2018 r. poz. 2190 i 2219 oraz z 2019 r. poz. 492 i 730) i obowiązujący w dniu zawarcia umowy - Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U.2019.866 z dnia 2019.05.10 z późn. zm.) poszerzonej o pakiet dotyczący przenoszenia chorób zakaźnych. Tym samym przyjmuję do wiadomości, że nieprzedłożenie przedmiotowej polisy lub w sytuacji gdy zakres polisy ubezpieczeniowej dotyczyć będzie innego przedmiotu niż przedmiot konkursu, Udzielający zamówienie stwierdzi, iż uchylam się od zawarcia umowy i dokona wyboru następnego w kolejności Oferenta.
  7. Niniejszym zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu pomieszczeń Udzielającego zamówienia oraz własnej aparatury i sprzętu medycznego;
  8. Zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności i etyki zawodowej oraz przy poszanowaniu praw pacjenta do zachowania w tajemnicy spraw związanych z wykonywanymi świadczeniami;
  9. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań w celu uzyskania korzyści majątkowych.

Ofertę niniejszą składam na …............ kolejno ponumerowanych stronach.

**Załącznikami do oferty są:**

* 1. …………………………………………………………………………..
  2. ……………………………………………………………………………
  3. ……………………………………………………………………………
  4. ……………………………………………………………………………
  5. ……………………………………………………………………………

*........................................ ………………..…….………….….………….………...... data Przyjmujący zamówienie/oferent lub jego*

*upoważniony przedstawiciel*