

Pełna nazwa Wykonawcy:

.....
.....

Adres siedziby Wykonawcy:

.....

NIP:

REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:

.....

Nr telefonu:

Nr faksu:

Dane teleadresowe osoby upoważnionej
do kontaktowania się z Udzielającym Zamówienia:

.....

Imię i nazwisko (funkcja) osoby upoważnionej do
podpisania umowy.....

O F E R T A

1. **Oferujemy świadczenie usług zdrowotne w zakresie wykonywania badań analitycznych pacjentom Samodzielnego Gminnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Błoniu na warunkach i zasadach określonych w SWKO za cenę :**

NETTO:zł

(słownie:zł)

PODATEK VAT %:zł

(słownie:zł)

BRUTTO:zł

(słownie:zł)

2. Zobowiązuję/emy się do realizacji przedmiotu zamówienia sukcesywnie przez okres 48 miesięcy od daty podpisania umowy.
3. Oświadczam/my, że oferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia.
4. **Warunki płatności** – przelew w terminie 30 dni od daty dostarczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury.
5. Oświadczam/my, że zamówienie zamierzamy zrealizować: **sami / z udziałem podwykonawców*** w zakresie:

.....

6. Oświadczam/my, że oferta nie zawiera / zawiera* informacji(e) stanowiących(e) tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu art. 11 ust. 4 ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji. Informacje takie zawarte są w następujących dokumentach / stronach oferty*
-
7. Oświadczam/my, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (w tym z projektem umowy) i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki w nich zawarte.
8. W przypadku wyboru naszej oferty, zobowiązujemy się do zawarcia umowy o treści zgodnej z projektem stanowiącym załącznik nr 6 do SWKO w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
9. Oferta została złożona na stronach. Wszystkie zapisane strony oferty wraz z załącznikami do oferty są ponumerowane od nr do nr
10. Niniejszym informujemy, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od do stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
11. Osoba/osobami uprawnionymi do kontaktów z Zamawiającym odpowiedzialną/nymi za:
1. **złożenie oferty jest/są:** _____
 tel. kontaktowy _____ faks _____
 e-mail: _____
2. **podpisanie umowy jest/są:** _____
 tel. kontaktowy _____ faks _____
 e-mail: _____
3. **realizację umowy jest/są:** _____
 tel. kontaktowy _____ faks _____
 e-mail: _____
12. Na potwierdzenie warunków udziału w konkursie ofert składamy następujące dokumenty:
1.
2.
3.
4.
5.

 (miejsce, data)

 (podpis i pieczęć osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

* niepotrzebne skreślić

.....
pieczęć Wykonawcy

OŚWIADCZENIE

Przystępując do konkursu ofert na **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań analitycznych pacjentom Samodzielnego Gminnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Błoniu.**

będąc przedstawicielem firmy

.....
(pełna nazwa i adres firmy)

.....
(imię i nazwisko uprawnionego reprezentanta firmy)

Oświadczam, że:

1. dysponuję / dysponujemy* sprzętem niezbędnym do świadczenia usług stanowiących przedmiot zamówienia, które zapewniają bezpieczeństwo osób kierowanych na badania przez Zamawiającego, zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2012 r. poz. 739),
2. badania będą wykonywane i autoryzowane przez personel posiadający udokumentowane wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe zgodne z Rozp. MZ z dnia 3 marca 2004 r w sprawie wymagań jakim powinny odpowiadać medyczne laboratoria diagnostyczne (Dz.U. z 2004, Nr 43, poz.408 z późn. zm.),
3. dysponuję/dysponujemy* kierownikiem laboratorium: wpisanym na listę diagnostów laboratoryjnych, posiadającym prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego w specjalizacji w dziedzinie właściwej dla profilu prowadzonych badań, forma zatrudnienia kierownika zgodnie z wymogami ustaw (Ustawa o diagnostyce laboratoryjnej z dnia 27 lipca 2001 r. z późn. zm.),
4. posiadam/posiadamy* aktualny certyfikat ISO 9001, 15189 lub 17025.
5. Zobowiązuję się na własny koszt zintegrować system medyczny (CliniNET) z systemem laboratoryjnym protokołem HL7 dla zleceń, wyników oraz innych danych po uzgodnieniu z Zamawiającym. Konfiguracja wymiany danych będzie prowadzona przy współpracy Administratora od strony Zamawiającego oraz firmy CGM. Testy wymiany danych muszą zostać przeprowadzone przed rozpoczęciem świadczenia usług.

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)

**WYKAZ CZĘŚCI PRZEDMIOTU KONKURSU, KTÓRE WYKONAWCA
POWIERZY PODWYKONAWCOM**

Składając ofertę w konkursie ofert na **udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań analitycznych pacjentom Samodzielnego Gminnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Błoniu.**

w imieniu i na rzecz reprezentowanego przeze mnie Wykonawcy:

.....
(nazwa firmy)

.....
(imię i nazwisko uprawnionego reprezentanta firmy)

Oświadczam, oświadczamy*, że niżej wymienione części zamówienia zamierzam powierzyć do realizacji podwykonawcy/podwykonawcom*

L.p.	Nazwa podwykonawcy, adres	Wykaz części zamówienia powierzonych do realizacji przez podwykonawców

Oświadczam, oświadczamy*, że w/w podwykonawca/podwykonawcy spełniają warunki postawione Wykonawcy określone w SWKO oraz umowie*.

* Niepotrzebne skreślić

(miejscowość, data)

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy)