

.....

Formularz ofertowy
na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie

.....

.....

I. Instrukcja dla Oferenta

1. Niniejszy Formularz ofertowy – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 10 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta. Wszystkie strony Formularza ofertowego muszą być opatrzone podpisem lub parafą Oferenta.

II. Dane o ofercie:

Nazwa Oferenta		
ADRES	Kod pocztowy, Miejscowość	
	Ulica, nr	
NIP, REGON		
Telefon kontaktowy/faks		
E- mail		
Numery wpisu	KRS	
	Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	

	Ewidencji laboratoriów prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych	
	Nazwa banku, numer rachunku bankowego	

III. Proponowana kwota wynagrodzenia

Oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia (w tym transport materiału do badań) zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za kwotę (wypełnić zadanie nr 1 i/lub zadanie nr 2):

Zadanie nr 1

Cena brutto zł (słownie zł:)

Zadanie nr 2

Cena brutto zł (słownie zł:)

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych zawiera wypełniony formularz cenowy stanowiący załącznik do niniejszej oferty.

IV. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń,
2. Załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia,
3. Dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym oraz personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla udzielania świadczeń zdrowotnych objętych ofertą. zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie związania ofertą,
4. W okresie trwania umowy ceny nie wzrosną przez ... miesięcy (minimum 12 miesięcy),
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od do,
6. Materiał do badań i zlecenia odbierane będą przez Przyjmującego Zamówienie z siedziby Udzielającego Zamówienia pod adresem: Dział Diagnostyki Laboratoryjnej SP ZOZ we Włodawie, Al. Józefa Piłsudskiego 66, 22-200 Włodawa: (podać ile razy i dni)
 Zadanie nr 1: x w tygodniu w dniach.....
 w godzinach 9:00- 14:00.
 Zadanie nr 2: x w tygodniu w dniach.....
 w godzinach 9:00- 14:00, oraz w innych dniach (z wyjątkiem ustawowych dni wolnych od pracy) w przypadkach nagłych oraz wymagających pilnej diagnostyki – „CITO”- w takich przypadkach odbiór materiału do badań nastąpi w ciągu 24 godzin od otrzymania faxem/mailem od Udzielającego Zamówienia stosownej informacji,

7. Personel, który będzie przeprowadzał badania posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania badań i autoryzacji wyników. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia:(wypełnić zadanie 1 i/lub zadanie 2)

Zadanie nr 1osób,

Zadanie nr 2-.....osób,

8. Będzie udzielać świadczeń zdrowotnych w laboratoriach 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,
9. W okresie ostatnich pięciu lat przed upływem terminu składania ofert wykonał lub wykonuje usługi polegające na świadczeniu usług wykonywania badań laboratoryjnych lub badań histopatologicznych i cytologicznych (zgodnie ze złożoną ofertą) dla minimum 5 podmiotów leczniczych, trwające nieprzerwanie co najmniej przez 24 miesiące (z każdym podmiotem) na podstawie umów z podmiotami wskazanymi w dołączonych załącznikach.
10. Wykonuje badania będące przedmiotem zamówienia przez: (wypełnić zadanie nr 1 i/ lub zadanie nr 2)
- Zadanie nr 1 lat,
- Zadanie nr 2.....lat,
11. Przedmiot umowy wykonam w całości samodzielnie / przy pomocy podwykonawców w następującym zakresie:

.....

.....

12. Uważa się związany ofertą przez okres 30 dni,
13. Posiada 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,
14. Wszystkie niezbędne elementy systemu oraz szkolenia osób pobierających zapewnia na swój koszt,
15. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

.....

.....

Załączniki:

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

Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego- Wykaz personelu

Wykaz personelu realizującego zlecone badania

..... (wpisać zakres oferty)		
Lp	Imię i nazwisko osoby wykonującej badania	Wykształcenie, kwalifikacje zawodowe uprawniające do wykonywania przedmiotu zamówienia, nr prawa wykonywania zawodu
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

Załącznik nr 2 do Formularza ofertowego- Dostępność usługi

Dostępność usługi

..... (wpisać zakres oferty)	
Dzień tygodnia	Godziny udzielania świadczeń/ odbioru materiałów do badań (od- do)
Poniedziałek	Wymagane (9:00- 14:00)
Wtorek	
Środa	Wymagane (9:00- 14:00)
Czwartek	
Piątek	Wymagane (9:00- 14:00)
Inne informacje mające wpływ na ciągłość/ dostępność usługi	W przypadkach nagłych, wymagających pilnej diagnostyki (CITO), należy dokonać zgłoszenia pod nr tel.:.....