
(pieczęć adresowa firmy Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Dane oferenta:

Nazwa Oferenta	
NIP	
REGON	
Adres siedziby	
Adres miejsca udzielania świadczeń	
Adres do korespondencji	
Telefon	
E-mail	

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie na świadczenia zdrowotne w zakresie badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Gminnego Ośrodka Zdrowia w Łąpszach Niżnych, ul. Długa 169, 34 – 422 Łąpsze Niżne, niniejszym składam następującą ofertę:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z Załącznikiem nr 2 za cenę:

..... zł brutto

(słownie:).

-
2. Oferuję wysokość rabatu w stosunku do cen cennikowych dla badań niewymienionych w Załączniku nr 2 w wysokości%.
 3. Oświadczam, iż posiadam zaświadczeń i certyfikatów za 2024 rok poświadczających udział w zewnątrzlaboratoryjnej kontroli jakości krajowej i zagranicznej (załączyć do oferty).
 4. Oświadczam, iż dokumentacja medyczna prowadzona będzie w postaci elektronicznej od dnia obowiązywania umowy. Wyniki przekazywane będą drogą elektroniczną w formacie obsługiwany przez oprogramowanie Zamawiającego (mMedica) zgodnie z Polską Implementacją Krajową HL7 CDA.
 5. Oświadczam, iż wykonanie badań i dostarczenie wyników będzie realizowane w terminach wskazanych w załączniku nr 2.
 6. Oświadczam, iż posiadam/nie posiadam we własnej strukturze organizacyjnej pracownie diagnostyczne w których wykonuje się wszystkie usługi objęte konkursem.*
 7. Oświadczam, że posiadam/nie posiadam wdrożony certyfikowany system zarządzania jakością wg norm ISO 9001.
 8. Oświadczam, że Zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy dostępne są on-line pod adresem:
.....
 9. Oświadczam, że aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą dostępny jest on – line pod adresem:.....
 10. Niniejszym, oświadczam, że:
 - 10.1 Zapoznałem się z treścią ogłoszenia, warunkami konkursu oraz umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
 - 10.2 Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
 - 10.3 Zapoznałem się z projektem umowy i akceptuję proponowane w nim postanowienia oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej do stawienia się w wyznaczonym przez Organizatora konkursu terminie i miejscu w celu podpisania umowy na tychże warunkach.
 - 10.4 Jestem gotowy do realizacji świadczeń od daty obowiązywania umowy.
 - 10.5 W przypadku wyboru mojej oferty, najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię potwierdzenie zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866).

10.6 Wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym postępowaniu.*

*skreślić, jeśli nie dotyczy

.....

data i podpis