

NR SPRAWY:
SPZOZ.KO.01.2024
OFERENT:

UDZIELAJACY ZAMÓWIENIE:
SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BOROWIU,
UL. GARWOLIŃSKA 9, 08-412 BOROWIE

.....
(Nazwa i adres Oferenta lub jego pieczęć firmowa, adresowa)

Adres do korespondencji

Telefon:

Faks:

E-mail:

NIP:.....

REGON:

Niniejszym, w imieniu wymienionego powyżej Oferenta oferujemy realizację na rzecz Udzielającego zamówienie – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Borowiu przy ul. Garwolińska 9, 08-412 Borowie – zamówienia na

<p style="text-align: center;">UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NA RZECZ SPZOZ W BOROWIU NA LATA 2025-2029</p>
--

zgodnie z przedmiotem zamówienia określonym w kryteriach:

• **JAKOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ „J”**, oświadczam, iż oferent :
(wybrać **odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X” oraz wpisać liczbę lat doświadczenia):

1/ zatrudnia min 3 specjalistów w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej

2/ zatrudnia min 2 specjalistów w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej

1/ udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem zamówienia przez okres ostatnich 5 lat poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu

2/ udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem zamówienia

przez okres krótszy niż ostatnie 5 lat poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert.....

- **KOMPLEKSOWOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ „k”** oświadczam, iż oferent:
(zaznaczyć **odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):

1/ wykonywał lub wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym zakresie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert

2/ wykonywał lub wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym zakresie w okresie krótszym niż 12 miesięcy poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert

- **DOSTĘPNOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ**, oświadczam, iż oferent:
(wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):

1/ udziela świadczeń zdrowotnych 7 dni w tygodniu

2/ udziela świadczeń zdrowotnych mniej niż 7 dni w tygodniu

- **CIĄGŁOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ** oświadczam, iż oferent:
(zaznaczyć **odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):

1/ wykonywał lub wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym zakresie na rzecz Udzielającego zamówienie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert

2/ nie wykonywał lub nie wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym zakresie na rzecz Udzielającego zamówienie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert

- **CENY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ określonych szczegółowo w załączniku Nr 1 do projektu umowy wraz z ankietą Nr 1**

za łączną kwotę obliczoną zgodnie z wymogami ogłoszenia o konkursie ofert to jest PLN
(słownie:.....
.....).

JEDNOCZEŚBNIIE OŚWIADCZAMY, ŻE:

1. Zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert, zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane Oferentom i nie zgłaszamy zastrzeżeń do ich treści.

2. Osoby biorące udział w transporcie zostały przeszkolone w zakresie transportu materiałów biologicznych.
3. Spełniamy wszystkie warunki stawiane Oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
4. Gwarantujemy ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty, które wykonywane będą przez Oferenta zgodnie z obowiązującymi przepisami, zasadami i ustalonymi procedurami oraz standardami jakości, przez personel Oferenta posiadający odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie oraz wymagane prawem uprawnienia do realizacji świadczeń z zachowaniem należytej staranności, oraz zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną, obowiązującymi wymogami i standardami, z zachowaniem obowiązujących przepisów dotyczących warunków lokalowych, bezpieczeństwa i higieny pracy, sanitarno-epidemiologicznych i przeciwpożarowych przy użyciu odpowiedniej aparatury i sprzętu.
5. Akceptujemy w całości i bez zastrzeżeń załączony do ogłoszenia o konkursie wzór umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach w nim określonych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Jesteśmy związani ofertą przez okres 60 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
7. Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam, iż załączone do Oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (

Do oferty dołączamy:

1. Załącznik Nr 1 do wzoru umowy wraz z ankietą przypisaną odpowiednio do załącznika – opis przedmiotu zamówienia.
2. Kopię aktualnego wypisu z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez właściwego Wojewodę, potwierdzający dopuszczenie do obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem.
3. Kopię odpisu aktualnego z właściwego rejestru KRS lub wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. Wypis z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych na podstawie art.68 ust. 6 ustawy z dnia 15 września 2022r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U z 2023r. poz.2125 .),,
5. Kopię polisy ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy.
6. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczenia będące przedmiotem konkursu.
7. Zaświadczenia i certyfikaty potwierdzające udział w programach zewnętrznej kontroli jakości

.....
(podpis i pieczęć Oferenta)

* skreślić, jeżeli nie dotyczy