

FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE WYKONYWANIA BADAŃ LABORATORYJNYCH NA RZECZ PACJENTÓW SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO

1. DANE OFERENTA

Nazwa oferenta

.....
.....
.....
.....

Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta

.....
.....
.....
.....

Adres siedziby Oferenta

.....
.....
.....
.....

Wpis i oznaczenie właściwego Rejestru

.....
.....
.....
.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

Numer tel./fax/e-mail

.....
.....

Podane powyżej dane są środkami komunikacji, które będą przysługiwać Udzielającemu zamówienie do kontaktu z Oferentem w trakcie prowadzonego postępowania konkursowego. Wszelkie informacje, oświadczenia lub wezwania kierowane za pośrednictwem przywołanych wyżej środków komunikacji uznają się za skutecznie złożone przez Udzielającego Zamówienia.

.....

.....
Data i podpis oferenta

2. Przedmiot oferty

Złożona oferta jest ofertą na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego

.....
Data i podpis oferenta

3. Doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie badań laboratoryjnych:

Oświadczam, że podlegające ocenie okresy udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych wynoszą:

.....
.....
Data i podpis oferenta

4. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego **od 1 grudnia 2020r. do 30 czerwca 2023r.**

.....
Data i podpis oferenta

6. Oświadczenia:

Oświadczam, że oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, Wzorem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego (stanowiącym **załącznik nr 1** do SWKO) i akceptuję zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że oferent posiada uprawnienia niezbędne do realizacji świadczeń stanowiących przedmiot Konkursu ofert oraz dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania świadczeń zdrowotnych oraz spełniam określone prawem oraz w treści Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert warunki ich realizacji, w tym w szczególności figuruje w wykazie podwykonawców NFZ.

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami wynikającymi z treści powszechnie obowiązujących przepisów prawnych.

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że w przypadku dokonania wyboru przez Udzielającego Zamówienia złożonej przez oferenta oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym **załącznik nr 1** do SWKO oraz przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis oferenta

Oświadczam, że świadczenia stanowiące przedmiot niniejszego Konkursu będą wykonywane przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w posiadaniu Przyjmującego Zamówienie.

.....
Data i podpis oferenta

Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi **załącznik nr 1** do SWKO.

.....
Data i podpis oferenta

Oferent oświadcza, że nie toczy się przeciwko niemu postępowanie, które mogłoby prowadzić do uniemożliwienia udzielania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.

.....
Data i podpis oferenta

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

1. Formularz cenowy – załącznik nr 3,
2. Oświadczenie – załącznik nr 4,
3. Wpis do odpowiedniego Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Wpis do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych,
5. Aktualny odpis KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) lub aktualny wpis do CEIDG (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej),
6. Upoważnienie/pełnomocnictwo do złożenia i podpisania oferty/ofert,
7. Zaświadczenie o nadaniu numeru REGON,
8. Zaświadczenie o nadaniu numeru NIP,
9. Dokumentu potwierdzające kwalifikacje i doświadczenie w udzielaniu świadczeń objętych przedmiotem konkursu ofert,
10. Zaparafowany przez uprawnionego wzór umowy – załącznik nr 1,
11. Polisę ubezpieczenia oc.