

FORMULARZ OFERTOWY

KONKURSU OFERT NA ZAWARCIE UMÓW Z PODWYKONAWCAMI SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ MSWiA W POZNANIU IM. PROF. LUDWIKA BIERKOWSKIEGO W ZAKRESIE BADAŃ LABORATORYJNYCH

1. DANE OFERENTA

Nazwa oferenta

.....
.....

Osoba upoważniona do reprezentowania Oferenta

.....

Adres siedziby Oferenta

.....

Wpis i oznaczenie właściwego Rejestru

.....

Numer KRS/CEIDG

.....

Numer NIP

.....

Numer REGON

.....

Numer tel./e-mail

.....

Udzielający zamówienia jest uprawniony do kontaktu Oferentem za pośrednictwem wskazanych powyżej środków komunikacji 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 wykonywanie badań laboratoryjnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego zgodnie z warunkami i ofertą cenową określoną w Specyfikacji badań – Formularzu cenowym, stanowiącym załącznik do Formularza ofertowego

.....

Data i podpis oferenta



3. Warunki udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej:

Oświadczam, że Oferent spełnia warunki wymagane do realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot Konkursu ofert wynikające z przepisów powszechnie obowiązujących oraz określone w SWKO.

.....
Data i podpis oferenta

4. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot konkursu.

Oferuję zawarcie umowy w zakresie badań laboratoryjnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego od **1 lipca 2025 r. do 30 czerwca 2028 r.**

.....
Data i podpis oferenta

5. Oświadczenia:

Oświadczam, że Oferent zapoznał się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, wzorem umowy na wykonywania badań laboratoryjnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej MSWiA w Poznaniu im. prof. Ludwika Bierkowskiego (stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO) i akceptuje zawarte w nich postanowienia, nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz posiadam informacje niezbędne do przygotowania oferty.

.....
Data i podpis Oferenta

Oświadczam, że Oferent posiada zasoby kadrowe, sprzętowe i organizacyjne oraz niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych.

.....
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, zobowiązuje się do zawarcia umowy o treści zgodnej ze wzorem stanowiącym Załącznik nr 3 do SWKO oraz do przystąpienia do realizacji świadczeń zdrowotnych.

.....
Data i podpis Oferenta

Oferent zobowiązuje się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy wykonywaniu świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych

Geel

w treści obowiązujących przepisów prawnych oraz zgodnie z treścią umowy, której wzór stanowi załącznik nr 3 do SWKO.

.....
Data i podpis Oferenta

ZAŁĄCZNIKI:

1. Specyfikacja badań - Formularz cenowy,
2. Wpis do odpowiedniego Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
3. Wpis do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych,
4. Aktualny odpis KRS (Krajowego Rejestru Sądowego) bądź aktualny wpis do CEIDG (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej),
5. Upoważnienie/pełnomocnictwo do złożenia i podpisania oferty/ofert,
6. Zaparaflowany przez uprawnionego wzór umowy
7. Oświadczenie o tajemnicy przedsiębiorstwa
8. Polisa ubezpieczenia OC.


PŁOJUNOŚ