

**Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr
SPZOZ/ŚM/DO/K/1/2026 – FORMULARZ OFERTOWY**

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚM/DO/K/1/2026** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **udzielanie świadczeń zdrowotnych – badań z zakresu autoimmunologii i innych.**

DANE IDENTYFIKACYJNE OFERENTA

Nazwa Oferenta	
REGON	
NIP	
Miejscowość	
Kod pocztowy	
Ulica, nr lokalu	
Telefon kontaktowy	
Adres e-mail	
Wpis do właściwego rejestru (nazwa i numer)	
Nr konta bankowego	
Informacje dodatkowe	

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, zgodnie z wymogami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert za wynagrodzenie (cenę):

A - Wysokość wynagrodzenia (Cena)

WYNAGRODZENIE:

BRUTTO - zł

Słownie:

STAWKA VAT.....%

Oświadczam, iż ww. wartości są zgodne z wypełnionym Załącznikiem Nr 2 do SWKO (formularz cenowy).

Podane wynagrodzenie (cena) zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym koszt transportu badanego materiału do Oferenta oraz koszt dostarczenia Udzielającemu Zamówienia wyników i analiz (w przypadku takiego zobowiązania w kryteriach poniżej).

B - kolejne kryteria oceny ofert

W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie.

b. Proponuje następujące warunki dla Udzielającego Zamówienia (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**) :

1. zapewnianie odbioru i transportu materiału do badań przez Udzielającego Zamówienia -
2. zapewnienie odbioru i transportu materiału do badań przez Przyjmującego Zamówienie we własnym zakresie i na własny koszt -

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia (przyjmowania materiału do badań od Udzielającego Zamówienia, a w przypadku wskazania w Ofercie w kryterium kompleksowości (pkt. b powyżej) odpowiedzi 2 – także odbierania i transportowania materiału do badań od Udzielającego Zamówienia) proponuje następujące warunki (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” oraz wpisać dni tygodnia w których następować będą odbiory materiału do badań**):

1. co najmniej 2 razy w każdym tygodniu –
2. co najmniej 3 razy w każdym tygodniu –
3. co najmniej 4 razy w każdym tygodniu –

Dni tygodnia w których następować będzie przyjmowanie (lub odpowiednio odbiór) materiału do badań:

.....
.....

d. W zakresie terminów przekazania wyników badań proponuje następujące warunki (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” oraz określenie formy przekazywanych wyników badań**):

1. przekazywanie wyników badań **do 14 dni roboczych** licząc od dnia następnego po dniu przekazania (przesłania) materiału do badań wraz ze skierowaniem lekarza Udzielającego Zamówienia –
2. przekazywanie wyników badań **do 10 dni roboczych** licząc od dnia następnego po dniu przekazania (przesłania) materiału do badań wraz ze skierowaniem lekarza Udzielającego Zamówienia –
3. przekazywanie wyników badań **do 6 dni roboczych** licząc od dnia następnego po dniu przekazania (przesłania) materiału do badań wraz ze skierowaniem lekarza Udzielającego Zamówienia –

Forma i sposób przekazania wyniku badania (**wybrać odpowiedź poprzez zaznaczenie znakiem „X”**):

- ☐ przekazanie w formie pisemnej w jednym egzemplarzu kurierowi Udzielającego Zamówienia (osobiście) przez upoważnionego pracownika Przyjmującego Zamówienie w siedzibie Przyjmującego Zamówienie,
- ☐ przekazanie w formie pisemnej w jednym egzemplarzu pracownikowi Udzielającego Zamówienia przez kuriera Przyjmującego Zamówienie (osobiście),
- ☐ przekazanie w formie pisemnej w jednym egzemplarzu drogą pocztową na adres siedziby Udzielającego Zamówienia,
- ☐ przekazanie w formie elektronicznej - zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami za pośrednictwem poczty email (pod warunkiem odpowiedniego zabezpieczenia przesyłanych plików np. hasłem),
- ☐ przekazanie w formie elektronicznej poprzez udostępnienie Udzielającemu Zamówienia w systemie lub na stronie internetowej Przyjmującego Zamówienie.

Badania, określone w Załączniku Nr 2 do SWKO (formularz cenowy) wykonywane będą w Zakładzie/Pracowni/Laboratorium mieszczącym się w obiektach Oferenta przy ul. W

Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego Zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość), jak również wskazanie dodatkowych wymaganych powyżej informacji (wskazanie dni tygodnia w które przyjmowane/odbierane będą materiały do badań, formy i sposobu przekazania wyników badań oraz miejsca wykonywania badań).

Brak dyspozycji dla którychkolwiek z kryteriów oceny lub wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi dla kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości lub brak wskazania dodatkowych wymaganych informacji, będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.

W załączeniu przedkładam:

1. Kserokopię wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej,
2. Kserokopię wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta,
3. Kserokopię wpisu do ewidencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Akredytacji, innych certyfikatów lub dokumentacji potwierdzającej posiadanie wymaganych uprawnień – stosownie do zakresu badań objętych postępowaniem, na które składna jest Oferta,
4. Wskazanie kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych na rzecz Oferenta - oświadczenie, iż spełniają one wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa w zakresie określonym rodzajem badań o których mowa w danym postępowaniu,
5. Pełnomocnictwo w przypadku gdy oferta jest sporządzona przez pełnomocnika,
6. Kserokopię polisy ubezpieczenia OC lub oświadczenie, iż w momencie podpisania umowy oferent dostarczy dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej,

-

data	podpis i pieczęć osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta
------	---

1. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, postanowieniami zawartymi w SWKO oraz Regulaminem konkursu. Oświadczam, że akceptuję i zobowiązuję się do przestrzegania i wykonywania zapisów zawartych w SWKO i załącznikach do SWKO i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
3. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że Oferent jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
5. Akceptuję okres obowiązywania umowy, tj. 24 miesiące.
6. Termin płatności wynosi 30 dni od daty doręczenia prawidłowo wystawionych: faktury VAT i wykazu wykonanych badań.
7. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania określonej działalności.
8. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń z należytą starannością i wymogami aktualnej wiedzy medycznej.
9. Respektuję prawo NFZ do przeprowadzenia kontroli w zakresie realizacji przedmiotu konkursu.
10. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.

1. administratorem danych osobowych Oferenta jest Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Sanoku, adres: ul. 800-lecia 26, 38-500 Sanok;
2. administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym mogą się Państwo kontaktować w sprawach przetwarzania Państwa danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: rodo@zozsanok.pl
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie:
 - 1) art. 6 ust. 1 lit. b RODO - w celu związanym z realizacją umowy zawartej w wyniku rozstrzygnięcia postępowania konkursowego,
 - 2) art. 6 ust. 1 lit. c RODO – w celu spełnienia obowiązków ciężących na administratorze, w tym w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego i archiwizacji dokumentacji z postępowania,
 - 3) art. 6 ust. 1 lit. f RODO - do celów wynikających z prawnie uzasadnionych interesów realizowanych przez administratora, w tym dochodzenia roszczeń przez SP ZOZ w Sanoku;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę powierzenia przetwarzania danych w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
6. mają Państwo prawo uzyskać kopie swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

str. 4 z 5

3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej do
reprezentowania Oferenta