

**Załącznik Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr SPZOZ/ŚM/DO/K/1/2024 –  
Formularz ofertowy**

.....  
(nazwa i pieczęć oferenta)

**OFERTA**

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚM/DO/K/1/2024** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na **udzielanie świadczeń zdrowotnych – badania z zakresu diagnostyki molekularnej, badań genetycznych i diagnostyki infekcji.**

**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 cenę :

..... - .....

Wynagrodzenie stanowi iloczyn ceny jednostkowej brutto i szacunkowej ilości badań, zgodnie z Załącznikiem Nr 3 do SWKO (formularz cenowy).

WYNAGRODZENIE:

NETTO - ..... zł,

Słownie: .....

BRUTTO - ..... zł,

Słownie: .....

STAWKA VAT.....%

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

**Ceny podane zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia, w tym koszt transportu badanego materiału do Oferenta oraz koszt dostarczenia Udzielającemu Zamówienia wyników i analiz.**

**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 i udogodnienia dla Udzielającego zamówienie (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
  1. spełniam i akceptuję wymogi określone w SWKO dla wszystkich Oferentów, w szczególności w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń, w tym zapewnię stały dostęp do wyników badań przez system informatyczny (program) lub portal internetowy (stronę) - .....
  2. spełniam i akceptuję wymogi określone w SWKO dla wszystkich Oferentów, w szczególności w zakresie warunków i terminów udzielania świadczeń, w tym zapewnię stały dostęp do wyników badań przez system informatyczny (program) lub portal internetowy (stronę), a także dotatkowo zapewnię personelowi Udzielającego Zamówienia możliwość codziennych konsultacji telefonicznych ze specjalistycznym personelem Przyjmującego Zamówienie, przeprowadzającym badania stanowiące przedmiot niniejszego postępowania - .....
- c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia (w siedzibie Udzielającego Zamówienie w ustalonych dniach) proponuje następujące warunki odbioru materiału do badań (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
  1. co najmniej 3 razy w każdym tygodniu – .....
  2. co najmniej 4 razy w każdym tygodniu – .....
  3. co najmniej 5 razy w każdym tygodniu – .....

d. W zakresie terminów udzielania świadczeń zdrowotnych proponuje następujące warunki (**wybrać wyłącznie jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**) i zobowiązuję się do:

1. wykonania i udostępniania wyników badań w systemie informatycznym (program) lub portalu internetowym (na stronie internetowej) w terminie do 10 dni roboczych licząc od dnia następnego po dniu przekazania (przesłania) materiału do badań wraz ze skierowaniem przez Udzielającego Zamówienia – .....
2. wykonania i udostępniania wyników badań w systemie informatycznym (program) lub portalu internetowym (na stronie internetowej) w terminie do 8 dni roboczych licząc od dnia następnego po dniu przekazania (przesłania) materiału do badań wraz ze skierowaniem przez Udzielającego Zamówienia – .....
3. wykonania i udostępniania wyników badań w systemie informatycznym (program) lub portalu internetowym (na stronie internetowej) w terminie do 5 dni roboczych licząc od dnia następnego po dniu przekazania (przesłania) materiału do badań wraz ze skierowaniem przez Udzielającego Zamówienia – .....

**Każda Oferta musi zawierać dyspozycję Oferenta (Przyjmującego Zamówienie) dla wyżej wskazanych kryteriów oceny (tj. jakość, kompleksowość, dostępność, ciągłość). Brak dyspozycji dla którychkolwiek kryteriów oceny będzie skutkowało automatycznie odrzuceniem takiej Oferty.**

W załączeniu przedkładam:

1. Kserokopię wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
2. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub wydruk z centralnej ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta
3. Kserokopia wpisu do ewidencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych, Akredytacji, innych certyfikatów lub dokumentacji potwierdzającej nabycie wymaganych uprawnień.
4. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych - lista osób, które będą udzielać świadczeń wraz z oświadczeniem, iż spełniają one wymogi określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach prawa.
5. Pełnomocnictwo, w przypadku gdy oferta jest sporządzona przez pełnomocnika.
6. Kserokopia polisy 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.
7. Wykaz co najmniej 3 umów realizowanych w publicznych podmiotach leczniczych.
8. Oświadczenie o nie rozwiązaniu umowy w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych – badań diagnostycznych w ciągu ostatnich 3 lat z winy Oferenta.
9. Wypełniony formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do SWKO.
10. Wypełniony formularz cenowy – Załącznik nr 2 do SWKO.
11. Zaakceptowany projekt umowy – Załącznik nr 3 do SWKO.

.....  
data

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

**Niniejszym, oświadczam, że:**

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. od 01.02.2024 r. do 31.01.2026 r.
6. Termin płatności wynosi 30 dni od daty doręczenia prawidłowej faktury VAT wraz z wykazem 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. Respekuję 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.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 Ogólnego Rozporządzenia o Ochronie Danych (RODO) informujemy, że:

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](mailto:rodo@zozsanok.pl)
3. administrator będzie przetwarzał Państwa dane osobowe na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
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 kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

Dodatkowo zgodnie z art. 13 ust. 2 RODO informujemy, że:

1. Państwa dane osobowe będą przechowywane do momentu upływu okresu przedawnienia wynikającego z ustawy z dnia 23 kwietnia 1964 r. Kodeks cywilny;
2. przysługuje Państwu prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania, prawo do przeniesienia danych oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
3. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do zawarcia umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych będzie brak realizacji umowy; administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....  
data

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