

**Załącznik Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr SPZOZ/ŚM/DO/K/3/2025 –
Formularz ofertowy**

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA (ZADANIE NR)

W związku z konkursem ofert nr SPZOZ/ŚM/DO/K/3/2025 ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na:

- udzielanie świadczeń zdrowotnych – badań diagnostycznych z podziałem na zadania:

Zadanie 1 – Cytologia ginekologiczna,

Zadanie 2 – Badania histopatologiczne.

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 :

Zadanie nr -

Wynagrodzenie stanowi iloczyn ceny jednostkowej brutto badań określonych dla Zadania nr i szacunkowej ilości badań, zgodnie z Załącznikiem Nr 3 do SWKO (formularz cenowy) w części dotyczącej Zadania nr

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 dodatkowo** 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” oraz wpisać dni tygodnia w których następować będą odbiory materiału**):
 1. co najmniej 3 razy w każdym tygodniu –
 2. co najmniej 4 razy w każdym tygodniu –
 3. co najmniej 5 razy w każdym tygodniu –

Dni tygodnia w których następować będą odbiory materiału do badań:

.....
.....

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, oświadczenie Przyjmującego Zamówienie zawierające potwierdzenie realizacji wszystkich badań objętych przedmiotem konkursu zgodnie z wymaganiami i standardami Polskiego Towarzystwa Patologów, innych certyfikatów lub dokumentacji potwierdzającej nabycie wymaganych uprawnień – stosownie do zakresu badań objętych Zadaniem, na które składna jest Oferta.
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. Obowiązujące procedury dotyczące pobierania, przechowywania oraz transportu materiału do badań oraz instrukcję pobierania wyników badań z systemu informatycznego (programu) lub portalu internetowego (strony internetowej) Oferenta.
10. Wypełniony formularz ofertowy – Załącznik nr 1 do SWKO.
11. Wypełniony formularz cenowy – Załącznik nr 2 do SWKO.
12. 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 45 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.:
 - dla Zadania 1 – Cytologia ginekologiczna: od 1.01.2026 r. do 31.12.2027 r.
 - dla Zadania 2 – Badania histopatologiczne: od 1.02.2026 r. do 31.12.2027 r.
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.

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
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 ciążących 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 kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora.

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

1. okres przetwarzania Państwa danych osobowych będzie uzależniony od podstawy prawnej ich przetwarzania - dane będą przetwarzane przez okres wymagany przepisami prawa (np. w celu prowadzenia sprawozdawczości finansowej i podatkowej oraz archiwizacji dokumentacji postępowania) lub okres przedawnienia roszczeń;
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;
4. administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe.

.....
data

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