załącznik Nr 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **NR SPRAWY: ZOZ.DAK.382.KO.04.2023** |  | |
| ***OFERENT:*** |  | |
|  | | ***UDZIELAJACY ZAMÓWIENIE:*** |
|  | | **SAMODZIELNY PUBLICZNY**  **ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PILAWIE, UL. WOJSKA POLSKIEGO 16** |

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

(Nazwa i adres Oferenta lub jego pieczęć firmowa, adresowa)

**Adres do korespondencji ..................................................................................…**

**Telefon: ...............................................................................................................…**

**Faks: ...................................................................................................................…**

**E-mail: ................................................................................................................…**

**NIP:………………….....................................…………….................................…**

**REGON: ....……………………………………....................................…………**

Niniejszym, w imieniu wymienionego powyżej Oferenta oferujemy realizację na rzecz Udzielającego zamówienie – Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Pilawie przy ul. Wojska Polskiego 16 – zamówienia na

|  |
| --- |
| **UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZAKRESIE**  **PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ NA RZECZ SPZOZ W PILAWIE**  **NA LATA 2024-2028** |

zgodnie z przedmiotem zamówienia określonym w kryteriach:

* **JAKOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ „J”,** oświadczam, iż oferent :

(wybrać **odpowiedź** poprzez postawienie znaku „**X**” oraz wpisać liczbę lat doświadczenia):

1. posiadana specjalizacja …………..
2. udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem zamówienia przez okres ostatnich 5 lat poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert ……………………………………..
3. udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem zamówienia

przez okres krótszy niż ostatnie 5 lat poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego

konkursu ofert…………………………………………..

* **KOMPLEKSOWOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ „k”** oświadczam, iż oferent:

(zaznaczyć **odpowiedź** poprzez postawienie znaku „**X**”):

1/ wykonywał lub wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym zakresie

w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu

ofert ……………................

2/ wykonywał lub wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym zakresie

w okresie krótszym niż 12 miesięcy poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego

konkursu ofert ……………................

* **DOSTĘPNOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ,** oświadczam, iż oferent:

(wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „**X**”):

1/ udziela świadczeń zdrowotnych 5 dni w tygodniu i min 5 godzin dziennie …………..

2/ udziela świadczeń zdrowotnych mniej niż 5 dni w tygodniu i mniej niż 5 godzin dziennie …………..

* **CIĄGŁOŚCI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ** oświadczam, iż oferent:

(zaznaczyć **odpowiedź** poprzez postawienie znaku „**X**”):

1/ wykonywał lub wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej w

zakresie objętym przedmiotem zamówienia na rzecz Udzielającego zamówienie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert ……………................

2/ nie wykonywał lub nie wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem zamówienia na rzecz Udzielającego zamówienie w ciągu 12 miesięcy

poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu ofert ……………................

* **CENY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ za godzinę**  ................................ PLN (słownie:................................................................................................................................................................................................................................).

**JEDNOCZEŚBNIE OŚWIADCZAM, ŻE:**

* 1. Zapoznaliśmy się z ogłoszeniem o konkursie ofert, zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane Oferentom i nie zgłaszamy zastrzeżeń do ich treści.
  2. Osoby biorące udział w transporcie zostały przeszkolone w zakresie transportu materiałów biologicznych.
  3. Spełniamy wszystkie warunki stawiane Oferentom wymienione w ogłoszeniu konkursowym.
  4. Gwarantujemy ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty, które wykonywane będą przez Oferenta zgodnie z obowiązującymi przepisami, zasadami i ustalonymi procedurami oraz standardami jakości, przez personel Oferenta posiadający odpowiednie kwalifikacje, doświadczenie oraz wymagane prawem uprawnienia do realizacji świadczeń z zachowaniem należytej staranności, oraz zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną, obowiązującymi wymogami i standardami, z zachowaniem obowiązujących przepisów dotyczących warunków lokalowych, bezpieczeństwa i higieny pracy, sanitarno–epidemiologicznych i przeciwpożarowych przy użyciu odpowiedniej aparatury i sprzętu.
  5. Akceptujemy w całości i bez zastrzeżeń załączony do ogłoszenia o konkursie wzór umowy i w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach w nim określonych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
  6. Jesteśmy związani ofertą przez okres 60 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
  7. Uprzedzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu Karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy oświadczam , iż załączone do Oferty dokumenty opisują stan prawny i faktyczny, aktualny na dzień otwarcia ofert (

**Do oferty dołączamy:**

1. Kopię aktualnego wypisu z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez właściwego Wojewodę, potwierdzający dopuszczenie do obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem.
2. Kopię odpisu aktualnego z właściwego rejestru KRS lub wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.

5. Kopię polisy ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy.

6. Dane dotyczące liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających świadczenia będące przedmiotem konkursu.

…………………………………………………….

(podpis i pieczęć Oferenta)

\* skreślić, jeżeli nie dotyczy