załącznik Nr 1

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **NR SPRAWY: ZOZ.DAK.382.KO.03.2023**
 |  |
| ***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 WYKONYWANIA BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH WYKONYWANYCH W PLACÓWKACH OFERENTA**  **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. zatrudnia min 3 specjalistów w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej i 3 specjalistów w dziedzinie radiologii …………..
2. zatrudnia min 2 specjalistów w dziedzinie diagnostyki laboratoryjnej i 2 specjalistów w dziedzinie radiologii …………….

3/ udzielał świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem zamówienia przez okres ostatnich 5 lat poprzedzających datę ogłoszenia niniejszego konkursu

 4/ 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 7 dni w tygodniu …………..

2/ udziela świadczeń zdrowotnych mniej niż 7 dni w tygodniu …………..

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

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

 1/ wykonywał lub wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym zakresie na

 rzecz Udzielającego zamówienie w ciągu 12 miesięcy poprzedzających datę

 ogłoszenia niniejszego konkursu ofert ……………................

 2/ nie wykonywał lub nie wykonuje świadczenia opieki zdrowotnej o identycznym

 zakresie na rzecz Udzielającego zamówienie w ciągu 12 miesięcy

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

* **CENY UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ określonych szczegółowo w załączniku Nr 1 do projektu umowy wraz z ankietą Nr 1**

za łączną kwotę obliczoną zgodnie z wymogami ogłoszenia o konkursie ofert to jest ................................ PLN (słownie:................................................................................................................................................................................................................................).

 **JEDNOCZEŚBNIE OŚWIADCZAMY, 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. Załącznik Nr 1 do wzoru umowy wraz z ankietą przypisaną odpowiednio do załącznika– opis przedmiotu zamówienia.
2. Kopię aktualnego wypisu z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą prowadzonego przez właściwego Wojewodę, potwierdzający dopuszczenie do obrotu prawnego w zakresie objętym zamówieniem.
3. Kopię odpisu aktualnego z właściwego rejestru KRS lub wypis z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
4. Wypis z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych na podstawie art.68 ust. 6 ustawy z dnia 15 września 2022r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U z 2023r. poz.2125 .),,

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

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

7. Zaświadczenia i certyfikaty potwierdzające udział w programach zewnętrznej kontroli jakości

…………………………………………………….

(podpis i pieczęć Oferenta)

\* skreślić, jeżeli nie dotyczy