

**SP ZOZ Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
Aleja Legionów 10
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania kapilaroskopii** dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NOP/ŚZ/5/2018.

NAZWA PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaprośzeniu do złożenia oferty z dnia 17.09.2018 r. na: "Wykonywanie badań kapilaroskopii dla potrzeb SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu".

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Średnioroczna ilość badań</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość badań brutto</i>	<i>Okres oczekiwania na wynik</i>
1.	Kapilaroskopia	20			
Razem brutto:					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

- Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod adresem:
.....
- Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
- Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
- Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie badań kapilaroskopii.
- Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
- Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej

należyte wykonanie zamówienia.

8. Oświadczam, że spełniam warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.

9. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:

1) termin realizacji – 36 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.

2) forma i termin płatności faktur: przelew 60 dni.

10. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.

11. Oświadczam, że zobowiązujemy się do poddania kontroli prowadzonej przez właściwy Oddział NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2017 r. poz. 1938 z późn. zm.).

12. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji przedmiotu umowy.

13. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Udzielającego Zamówienie dla potrzeb przeprowadzonego zapytania ofertowego. Jednocześnie oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o przysługującym nam prawie dostępu do treści naszych danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

Wykaz złożonych dokumentów:

1) Wykaz pracowników

2) Polisa OC

.....
Podpis osoby upoważnionej