

Pieczęć firmowa

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

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania histopatologicznych** dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NP/ŚZ/9/2019.

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 12.11.2019 r. na: "Wykonywaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania histopatologicznych dla pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu**".

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Średnia ilość badań</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość badań brutto</i>	<i>Okres oczekiwania na wynik</i>
1	Badanie histopatologiczne IHC - 1	10			
2	Badanie histopatologiczne IHC - 2	25			
3	Badanie histopatologiczne IHC - 3	15			
4	Badanie histopatologiczne IHC - 4	40			
5	Badanie histopatologiczne IHC - 5	5			
6	Badanie histopatologiczne IHC - 6	5			
7	Badanie histopatologiczne IHC - 7	5			
8	Badanie histopatologiczne IHC - 8	5			

9	Badanie histopatologiczne metodą immunohistochemiczną - Receptory (E i P), Her-2 i Ki-67	40			
10	Badanie histopatologiczne jedna cena za pierwszą i kolejne kostki w zleceniu	10			
11	Ocena liczby kopii genów HER-2 w komórkach rakowych metodą hybrydyzacji in situ	5			
12	Badanie histopatologiczne metodą immunohistochemiczną SISH	10			
Razem brutto					

Numeracja w ppkt. 1-8 oznacza liczbę wykonanych odczynów immunohistochemicznych.

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

Zamawiający zastrzega prawo ograniczenia lub rozszerzenia zakresu zamówienia.

2. Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod adresem:
.....
3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
4. Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
5. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie ww. badań.
6. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że zobowiązujemy się do wykonania czynności będących przedmiotem zamówienia z zachowaniem należytej staranności, zasadami dobrej praktyki lekarskiej i etyki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej i poszanowaniem praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2019 poz.1127 z późn. zm.).
8. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
9. Oświadczam, że spełniamy warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.
10. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
 - 1) termin realizacji – 24 miesiące, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego,
 - 2) forma i termin płatności faktur: przelew 60 dni.
11. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
12. Oświadczam, że zobowiązujemy się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.).

13. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
14. Oświadczam, że przyjmujemy do wiadomości i akceptujemy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO, dane osobowe będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym zapytaniem ofertowym i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia i upublicznienia informacji dot. wyboru oferty najkorzystniejszej). 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) Polisa OC.
- 2) Wykaz pracowników.
- 3) Zaparafowany projekt umowy na świadczenia zdrowotne.
- 4) Zaparafowany projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

.....
Podpis osoby upoważnionej