

**FORMULARZ OFERTOWY
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Przedmiot konkursu: konsultacje i badania specjalistyczne – 9 zadań:

- Zadanie nr 1 – konsultacje kardiochirurgiczne dla dorosłych
- Zadanie nr 2 – konsultacje chirurga naczyniowego
- Zadanie nr 3 – konsultacje z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej dla dorosłych
- Zadanie nr 4 – konsultacje laryngologiczne i badania audiometryczne dla dorosłych
- Zadanie nr 5 – badanie cytologiczne szpiku i rearanżacji
- Zadanie nr 6 – monitorowanie minimalnej choroby resztkowej
- Zadanie nr 7 – oznaczenie Tandem MS (LC/MS/MS)
- Zadanie nr 8 – mykofenolan mofetylu (MPA), ilościowo; alfa-1-antytrypsyna
- Zadanie nr 9 – badania laboratoryjne – 141 pozycji

- ☐ Zadanie nr 1*
- ☐ Zadanie nr 2*
- ☐ Zadanie nr 3*
- ☐ Zadanie nr 4*
- ☐ Zadanie nr 5*

- ☐ Zadanie nr 6*
- ☐ Zadanie nr 7*
- ☐ Zadanie nr 8*
- ☐ Zadanie nr 9*

* właściwe zaznaczyć

Udzielający Zamówienia:

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny Nr 1
im. prof. Stanisława Szyszko
Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
41-800 Zabrze, ul. 3 Maja 13-15

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta

.....

Siedziba Oferenta

.....

NIP REGON

Tel. Fax e-mail

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej

.....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

.....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego

.....

II. Przystępując do postępowania konkursowego oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) w zakresie: konsultacji i badań specjalistycznych – 9 zadań:

- Zadanie nr 1 – konsultacje kardiochirurgiczne dla dorosłych
- Zadanie nr 2 – konsultacje chirurga naczyniowego
- Zadanie nr 3 – konsultacje z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej dla dorosłych
- Zadanie nr 4 – konsultacje laryngologiczne i badania audiometryczne dla dorosłych
- Zadanie nr 5 – badanie cytologiczne szpiku i rearanżacji

- **Zadanie nr 6 – monitorowanie minimalnej choroby resztkowej**
- **Zadanie nr 7 – oznaczenie Tandem MS (LC/MS/MS)**
- **Zadanie nr 8 – mykofenolan mofetylu (MPA), ilościowo; alfa-1-antytrypsyna**
- **Zadanie nr 9 – badania laboratoryjne – 141 pozycji**

Zadanie nr 1 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 2 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 3 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 4 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 5 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 6 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 7 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 8 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

Zadanie nr 9 za cenę(wartość brutto całego zadania)
(słownie)

III. Termin realizacji

Dla zadania nr 1 i nr 3 – Umowa będzie obowiązywała od dnia 06.11.2024r. przez okres dwóch lat lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

Dla zadania nr 2 i nr 9 – Umowa będzie obowiązywała od dnia zawarcia umowy przez okres dwóch lat lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

Dla zadanie nr 4 – Umowa będzie obowiązywała od dnia 02.12.2024r. przez okres dwóch lat lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

Dla zadania nr 5 – Umowa będzie obowiązywała od dnia 19.12.2024r. przez okres 12 miesięcy lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

Dla zadania nr 6 – Umowa będzie obowiązywała od dnia 21.12.2024r. przez okres 12 miesięcy lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

Dla zadania nr 7 – Umowa będzie obowiązywała od dnia 30.12.2024r. przez okres dwóch lat lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

Dla zadania nr 8 – Umowa będzie obowiązywała od dnia 06.12.2024r. przez okres dwóch lat lub do wyczerpania wartości umowy, w zależności od tego, które z tych zdarzeń nastąpiło wcześniej.

IV. Przyjmuję 30 dniowy termin płatności - rozliczenie miesięczne, od daty prawidłowo wystawionej faktury i potwierdzenia przez Udzielającego Zamówienia wykonania ilości i rodzaju świadczeń ujętych w fakturze.

V. Oświadczam, że:

- jestem związany ofertą do upływu terminu wskazanego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert,

- z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia,
- zainteresowałem się i uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.

VI. ☐ **Oświadczam, że informacje zawarte w niniejszej ofercie na stronie / stronach stanowią tajemnicę przedsiębiorcy w rozumieniu art. 5 ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej (t.j. Dz.U. 2022, poz. 902, ze zm.) i podlegają wyłączeniu od udostępniania innym podmiotom****

**** zaznaczyć jeśli dotyczy wraz z podaniem zakresu stron**

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

.....
(pieczętka firmowa z pełną nazwą Oferenta)

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert w przedmiocie udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie: **konsultacji i badań specjalistycznych – 9 zadań:**

- **Zadanie nr 1 – konsultacje kardiologiczne dla dorosłych**
- **Zadanie nr 2 – konsultacje chirurga naczyniowego**
- **Zadanie nr 3 – konsultacje z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej dla dorosłych**
- **Zadanie nr 4 – konsultacje laryngologiczne i badania audiometryczne dla dorosłych**
- **Zadanie nr 5 – badanie cytologiczne szpiku i rearanżacji**
- **Zadanie nr 6 – monitorowanie minimalnej choroby resztkowej**
- **Zadanie nr 7 – oznaczenie Tandem MS (LC/MS/MS)**
- **Zadanie nr 8 – mykofenolan mofetylu (MPA), ilościowo; alfa-1-antytrypsyna**
- **Zadanie nr 9 – badania laboratoryjne – 141 pozycji**

na rzecz Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego Nr 1 im. prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach oświadczam, że jestem podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. 2024, poz. 799, ze zm.) mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na ww. świadczenia zdrowotne, przedmiot zamówienia nie wykracza poza zakres świadczeń zdrowotnych wykonywanych przeze mnie, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, oraz spełniam warunki udziału w konkursie ofert, tj.:

- a. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia,
- b. posiadam uprawnienia i kwalifikacje do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia,
- c. posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, które pozwalają na realizację pełnego zakresu świadczeń zdrowotnych wymaganych przez Udzielającego Zamówienia,
- d. aparatura/sprzęt medyczny posiada stosowne certyfikaty/atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami oraz aktualne przeglądy wykonywane przez uprawnione serwisy,
- e. znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
- Oświadczam, że przyjmuję na siebie obowiązek poddania się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia zgodnie z art. 27 ust. 4 pkt. 4 ustawy z dnia 15.04.2011r. o działalności leczniczej w zakresie wynikającym z umowy.
- Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz, że ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.
- Oświadczam, że zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
- Oświadczam, że akceptuję wszelkie zmiany w SWKO i jego załącznikach dokonane w trakcie przeprowadzania konkursu ofert i zobowiązuję się (w przypadku wybrania naszej oferty) do podpisania umowy, w której wprowadzono ewentualnie uwzględnione zmiany.
- Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- Oświadczam, że przedmiot zamówienia, o który się ubiegam, nie wykracza poza zakres działalności leczniczej, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
- Oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania, w szczególności na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2024, poz. 507).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis osoby uprawnionej)

ZADANIE NR 8



Pieczęć Oferenta

Oferta rzeczowo – finansowa
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

Lp.	NAZWA ŚWIADCZENIA	Ilość świadczeń	Cena jednostkowa brutto	Wartość całkowita brutto	Maksymalny czas oczekiwania na wynik świadczenia
1.	Mykofenolan mofetylu (MPA), ilościowo	40			4 dni
2.	Alfa-1-antytrypsyna w kale	40			6 dni
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ŚWIADCZEŃ BRUTTO:					

Świadczenia będą wykonywane wg następujących zasad:

- Świadczenia będą wykonywane w.....
.....
(nazwa jednostki i adres miejsca wykonywania świadczeń)
- Minimalna liczba osób udzielająca świadczeń zdrowotnych:
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta jako nadzorującego wykonanie umowy jest, tel.
- Osobą wyznaczoną przez Oferenta do kontaktu w sprawie wykonania świadczeń jest, tel.
- Materiał do badań będzie odbierany przez Przyjmującego Zamówienie i na jego koszt.

.....
data, pieczęć i podpis Oferenta