Załącznik nr 1 do MI

Konkurs ZO.5030/2/2022

Formularz oferty

I . Instrukcja dla Oferenta

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 11 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem", podpisem i pieczątką Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Pełna nazwa Oferenta		
Siedziba Oferenta		
Kraj	**Miejscowość**	
Kod pocztowy	**Poczta**	
Ulica	**Nr domu**	**Nr lokalu**
E-mail	**telefon**	**fax**
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	**REGON**	
Nr Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Dzielność Leczniczą	**KRS**	
Osoba do kontaktu		

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę w zakresie wykonywania badań cytofluorometrycznych, immunohistochemicznych, molekularnych, cytogenetycznych, histopatologicznych i udzielania konsultacji, zgodnie z zakresem i opisem przedmiotu zamówienia, zawartym w MI .

III. Proponowana kwota wynagrodzenia

Oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za kwotę:

Cena brutto …… zł (słownie zł: …….....…)

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych zawiera wypełniony formularz cenowy stanowiący załącznik do niniejszej oferty.

Hasło do formularza cenowego – załącznika nr 2 do MI (w wersji edytowalnej w pliku *xls lub *xlix) – przesłanego drogą mailową na adres: magdalena.kuznik@szpitalbp.pl.

…….

IV. Oświadczenia:

1. Zapewniam niezmienność cen przez cały okres obowiązywania umowy.
2. Oferuję termin płatności do ..... dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: **od dnia 01.04.2022r. do dnia 30.04.2023r. (dla badań oznaczonych **), dla pozostałych badań od dnia 01.05.2022r. do dnia 30.04.2023r.**
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Przedmiot umowy wykonam w całości samodzielnie / przy pomocy podwykonawców w następującym zakresie:
   ……..……..……
   …….....
8. Oświadczam, że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
9. Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod ww. numerem księgi rejestrowej.
10. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod ww. numerem.
11. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
12. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
13. Oświadczam, że personel, który będzie przeprowadzał badania posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania badań i autoryzacji wyników. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia …… (liczba osób)
14. Miejscem udzielania świadczeń jest:

Nazwa pracowni/laboratorium	adres	Ilość km od siedziby Udzielającego Zamówienia	telefon	Nr wpisu do ewidencji - Krajowa Izba Diagnostów Laboratoryjnych (o ile dotyczy)

15. Punkt odbioru materiałów: ……..……...…….
……

....

(miejscowość, data) *(pieczątka i podpis Oferenta lub osoby upoważnionej)*

Załączniki:

1. Formularz cenowy – załącznik nr 2 do MI,
2. Kopia polisy OC,
3. ……
4. ……