IDP.0245.17.2025

*Załącznik nr 1 do SWKO*

..............................

(pieczęć oferenta)

FORMULARZ

OFERTOWY

1. Pełna nazwa podmiotu:

....................................................................................................................................................

1. Forma prawna:

..................................................................................................................................................

1. Dokładny adres podmiotu zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru:

....................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................

1. Tel.:………………………………………………………… E-mail: …………………………………………………..
2. Dokładny adres do korespondencji - podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3:

....................................................................................................................................................

1. Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

....................................................................................................................................................

1. Numer wpisu do Ewidencji Laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych:

....................................................................................................................................................

1. Numer REGON: ................................................ Numer NIP: ………………………………………………….
2. Nazwa banku i numer rachunku: ...................................………………………….…………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………..……

1. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta   
   w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):

................................................................……………………………………………...……………………………..….

……………………………………………………………………………………………………………...……………………………….

1. Opis przedmiotu oferty **(zgodny z ogłoszeniem o konkursie)**:

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………..………………………

1. **Czy Oferent posiada certyfikat PN - EN ISO 15189:2013 na terenie województwa świętokrzyskiego? (TAK/NIE)**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. **Czy Oferent będzie realizował własny odbiór materiału do badania zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienie? (TAK/NIE)**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Oferent posiada referencje ze szpitali znajdujących się na terenie województwa świętokrzyskiego:**

**Proszę podać liczbę referencji ………………………………………………………………………………..**

1. Oferta cenowa: **poniżej należy wpisać cenę w polskich złotych (brutto), którą stanowić będzie łączny koszt wszystkich badań (tożsamą ze wskazaną w Załączniku nr 2 – formularz asortymentowo-cenowy):**

……………………………………………………………………………………………..…………………………………………………

1. W skład oferty wchodzą następujące dokumenty: **(zaznaczyć poniżej i złożyć** wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności):

* Formularz ofertowy – załącznik nr 1 do SWKO.
* Formularz asortymentowo-cenowy – załącznik nr 2 do SWKO.
* W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, w zależności od formy organizacyjno-prawnej:
* aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
* aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego.
* Aktualny wydruk pierwszej strony księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą.
* Zaświadczenie o wpisie do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
* Poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię certyfikatu ISO 15189 na podstawie dokumentu akredytacyjnego (PN-EN ISO 15189:2013) – jeśli dotyczy.
* Poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię certyfikatu ISO 9001.
* Kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
* W przypadku badań laboratoryjnych oświadczenie kierownika laboratorium, iż badania będą wykonywane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r.  
  w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, oraz kwalifikacji personelu, a także, że prowadzi stałą wewnętrzną kontrolę jakości badań będących przedmiotem Umowy.
* Oświadczenie o posiadaniu aparatur – załącznik nr 5.
* Oświadczenie o spełnieniu wymaganych kwalifikacjach zawodowych – wykaz osób załączonych do realizacji zamówienia – załącznik nr 6.
* Oświadczenie wg załącznika nr 7 do SWKO (uzupełnienie w punkcie dotyczącym minimalnej liczby osób).
* Referencje potwierdzające doświadczenie Oferenta w zakresie prowadzenia diagnostyki laboratoryjnej (minimum 2 szpitale), na terenie szpitali województwa świętokrzyskiego.
* Oświadczenie o wykonywaniu badań w obrębie do 60 km od Kielc – załącznik nr 8.
* Oświadczenie dot. potwierdzenia, że w ciągu ostatnich 5 lat nie rozwiązano umowy  
   o świadczenie usług zdrowotnych z winy Oferenta – załącznik nr 9.

…………………………………………………………

data i czytelny podpis Oferenta

1. Oświadczam, że Oferent zapoznał się z SWKO oraz spełnia warunki udziału.
2. Oświadczam, że Oferent zapoznał się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuje.
3. Oświadczam, że Oferent zapoznał się z Umową powierzenia danych, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO i w pełni ją akceptuje.

…………………………………………………………

data i czytelny podpis Oferenta