## *Pieczątka firmowa z pełną nazwą oferenta*

**FORMULARZ OFERTY**

1. **Instrukcja dla Oferenta**
2. Niniejszy formularz oferty – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczętowany poprzez osobę do tego upoważnioną.
3. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.
4. Dokument w postaci kserokopii musi być potwierdzony przez Oferenta „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczątką Oferenta.
5. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
6. Wszystkie strony formularza Oferty muszą być ponumerowane przez Oferenta.
7. **Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa Oferenta

|  |
| --- |
|  |

2. Siedziba Oferenta:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Miejscowość | Ulica | Numer |
|  |  |  |
| Kod pocztowy | Miejscowość |
|  |  |
| Telefon | Fax | E-mail |
|  |  |  |
| REGON | NIP | KRS | Nr Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Dzielność Leczniczą |
|  |  |  |  |
| Nr konta bankowego |
|  |

1. **Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę na wykonywanie specjalistycznych badań diagnostycznych, w zakresie i w cenie, szczegółowo wymienionych** **w formularzu cenowym, stanowiącym załącznik do niniejszej oferty.**
2. **Oświadczenia Oferenta:**
3. W okresie trwania umowy zapewniam, że oferowane ceny jednostkowe nie wzrosną przez okres ............ (min. 12 m-cy).
4. Oferuję termin płatności 60 dni od chwili otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
5. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się do zawarcia umowy na wykonywanie świadczeń zdrowotnych, na które składam ofertę w okresie: od dnia 01.01.2021 r. do dnia 31.12.2023 r..
7. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni licząc od upływu terminu składania ofert.
8. Przedmiot umowy wykonam w całości samodzielnie / przy pomocy podwykonawców w następującym zakresie\*:

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

1. Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonego przez ……………………………. (podać), pod ww. numerem księgi rejestrowej.
2. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod ww. numerem.
3. 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.
4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do prowadzenia działalności objętej konkursem ofert, o czym mowa w rozdziale III ust. 1 pkt 1 lit. a MI.
5. Oświadczam, że dysponuję personelem posiadającym uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa, o czym mowa w rozdziale III ust. 1 pkt 3 lit. a. MI.
6. Oświadczam, iż będę udzielać świadczeń zdrowotnych w oparciu o sprzęt i aparaturę medyczną zgodnie z wymogami określonymi przez NFZ dla pracowni diagnostycznych, posiadających stosowne certyfikaty, atesty uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy, o czym mowa w rozdziale III ust. 1 pkt 4 MI.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. **Dostępność do świadczeń w zakresie badań będących przedmiotem konkursu określonych w rozdz. II ust. 1 MI:**
9. Nazwa świadczenia wg rozdz. II ust. 1 MI: …………………………………………………………..
10. Miejsce (adres) realizacji świadczenia: .........................................................................................

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

1. Odległość od siedziby Udzielającego Zamówienia: ........................... km
2. Numer telefonu, pod którym będą uzgadniane terminy świadczeń medycznych: ……………….
3. Godziny i dni rejestracji pacjentów: ………………………………………………………………

*(Oferent powinien dołączyć do oferty druk skierowania, jeżeli wymagać będzie stosowania obowiązujących u siebie druków zleceń).*

1. Nazwa świadczenia wg rozdz. II ust. 1 MI: …………………………………………………………..

*(Oferent powinien powtórzyć ust. 1 pkt 1-4 na każdą kolejną usługę w przypadku wykonywania więcej niż jednej usługi wskazanej w rozdz. II ust. 1 pkt 1 do pkt 7 MI).*

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

 (pieczątka, podpis Oferenta)

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

 (miejscowość, data)

**Załączniki do formularza ofertowego:**

1. ………………………………………………………………
2. ………………………………………………………………
3. ………………………………………………………………
4. ………………………………………………………………
5. ………………………………………………………………
6. ………………………………………………………………
7. ………………………………………………………………
8. ………………………………………………………………