

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert DWOMP.II.42.95.2024 składam niniejszą ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegające na wykonywaniu badań laboratoryjnych w tym badań mikrobiologicznych na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

DANE O OFERENCIE:

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

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP.....

Numer REGON.....

Numer KRS (jeśli dotyczy).....

Numer telefonu z nr kierunkowym.....

Adres e-mail.....

Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do Ewidencji laboratoriów prowadzonych przez Krajową Radę

1. Oferowana cena za realizację zamówienia w okresie 3lat:

..... zł netto (słownie:))

..... zł brutto (słownie:))

co stanowi sumę wartości badań wykazanych w Formularzu cenowym (załączniku nr 2 do SWKO).

Proponowane ceny jednostkowe za poszczególne badania są określone w Formularzu cenowym (załączniku nr 2) stanowiącym integralną część oferty.

Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....
(nazwa banku i nr konta)

w terminie 30 dni od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury.

2. Jakość – potwierdzona załączonymi certyfikatami:

1	Certyfikat Systemu zarządzania jakością według normy ISO 9001	TAK / NIE*
2	Certyfikat Systemu Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji ISO 27001	TAK / NIE*
3	Certyfikat i zaświadczenia kontroli jakości badań wydany przez centralny Ośrodek Badań i Diagnostyki Laboratoryjnej	TAK / NIE*
4	Certyfikat Wiarygodności Badań w Mikrobiologii Polmicro wydawany przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	TAK / NIE*
5	Certyfikaty uczestnictwa w Programie Zewnętrznej Oceny Jakości RIQAS	TAK / NIE*

3. Kompleksowość - Przyjmujący Zamówienie gwarantuje wykonanie wszystkich badań laboratoryjnych w tym badań mikrobiologicznych na rzecz pacjentów Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy, określonych w niniejszych SWKO: **TAK / NIE***
4. Dostępność - Przyjmujący Zamówienie wykonuje przedmiot umowy w każdej miejscowości zakładu leczniczego Udzielającego Zamówienie i w dniach od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 16:00 : **TAK / NIE***
5. Ciągłość - Przyjmujący Zamówienie gwarantuje wykonanie przedmiotu umowy w sposób ciągły przez cały okres kontraktu: **TAK / NIE***
6. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych. Nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że posiadam personel z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami do wykonywania badań objętych konkursem ofert, wynikającymi z obowiązujących przepisów prawa.
8. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny, które pozwalają na realizację pełnego zakresu badań objętych konkursem ofert.
9. Oświadczam, że posiadam laboratorium w miejscowości każdego zakładu leczniczego Zamawiającego (Wrocław, Jelenia Góra, Lubin, Wałbrzych).
10. Oświadczam że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.
11. Oświadczam, że jestem zobowiązany ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
12. Oświadczamy, że w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia.
13. Oświadczam, że czynnie uczestniczę w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej w ostatnich 2 latach i przedstawię Zamawiającemu na jego żądanie zaświadczenie o uczestnictwie.
14. Przedstawiam opis organizacji poboru materiałów do badań i przekazywania wyników

.....

15. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz numer mobilnego telefonu kontaktowego:

Wrocław:

J. Góra:

Lubin:

Wałbrzych:

16. Do niniejszej oferty załączam wymagane w SWKO dokumenty i oświadczenia, jako załączniki:

1)

2)

3)

4)

5)

.....

data

.....

podpis i pieczęć oferenta

* Niepotrzebne skreślić.

