

FORMULARZ OFERTOWY

1. Zamawiający:

MAZOWIECKI SZPITAL WÓJEWÓDZKI im. św. Jana Pawła II w Siedlcach
ul. Poniatowskiego 26, 08-110 Siedlce
NIP 821 25 77 607 REGON 141944750
tel. 25 64 03 200 fax 25 64 03 224

2. Przedmiot zamówienia:

udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych

.....
miejsowość, data**OFERTA**3. Nazwa/nazwisko oraz adres
wykonawcy

Numer wpisu do RPWDL

Numer KRS/CEIDG
REGON
NIP

4. Wartość oferty:

L.P.	Badanie	cena pakietu netto (zł)	wartość VAT (zł)	cena pakietu brutto (zł)	wartość netto (zł)	wartość pakietu brutto (zł)
		2	3	4	5	6
			stawka:	[2+3]	[1x2]	[1x4]
1	BADANIA HISTOPATOLOGICZNE I CYTOLOGICZNE					
					Wartość netto oferty	
					Wartość VAT oferty	
					Wartość brutto oferty	

Wartość oferty brutto słownie:

5. Transport związany z realizacją przedmiotowych świadczeń po stronie Przyjmującego zamówienie.

6. Okres realizacji przedmiotu zamówienia:

01.03.2025 do 28.02.2030

7. Termin związania złożoną ofertą: 30 dni

.....
(pieczęćka i podpis)

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia i warunkami konkursu i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Jest podmiotem uprawnionym do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu /załączniki nr 1,2,3/do oferty
3. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert, w tym rodzaj świadczeń objętych zamówieniem i za wykonanie badania wraz z opisem z zachowaniem czasów oczekiwania na wynik proponuje wynagrodzenie wg cen wg cen jednostkowych zawartych w załączniku nr 4 do oferty.
4. Posiada sprzęt i aparaturę medyczną przeznaczone do wykonywania badań objętych zamówieniem, w tym w szczególności zapewni w Pracowni histopatologii Udzielającego zamówienia kriostat wolnostojący oraz mikroskop, odpowiadające ustalonym standardom, posiadający wymagane certyfikaty, inne dokumenty uprawniające do obrotu i stosowania, które gotowy jest okazać na żądanie Udzielającego zamówienia, wskazany i opisany w załączniku nr 5 do oferty.
5. Udziela świadczeń w pomieszczeniach w pomieszczeniach odpowiadających wymaganiom fachowym i sanitarnym określonym w odrębnych przepisach.
6. Materiały i odczynniki używane do wykonania zamówienia zostały dopuszczone do obrotu i spełniają wymagania określone w przepisach.
7. Świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem zamówienia udzielać będzie przy pomocy własnego personelu, posiadającego wymagane kwalifikacje i uprawnienia w liczbie wskazanej w załączniku nr 6 do oferty.
8. Dysponuje certyfikatami potwierdzającymi jakość wykonanych badań objętych zamówieniem wskazanym w załączniku nr 7 do oferty.
9. Znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia na dowód czego przedstawia aktualne zaświadczenia z ZUS, i Urzędu Skarbowego o nie zaleganiu w opłacaniu opłat, składek i podatków/ zał. Nr 8 i 9/ do oferty.
10. Spełnia wymagania zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 18 grudnia 2017 roku w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii w zakresie niezbędnym do wykonywania badań objętych przedmiotem zamówienia.
11. Posiada Certyfikat ISO 9001 w zakresie histopatologii i cytologii / załącznik nr 10/ do oferty
12. Zobowiązuje się do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia w pełnym zakresie od dnia obowiązywania umowy.
13. Posiada aktualne ubezpieczenia OC na kwotę gwarantowaną w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenia Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność z dnia 19 kwietnia 2019 roku i będzie je kontynuował przez cały czas trwania umowy / zał. nr 11/ do oferty.
14. Nie był skazany prawomocnym wyrokiem za przestępstwo popełnione w związku z postępowaniem o udzielenie zamówienia publicznego, przestępstwo przekupstwa, przestępstwo przeciwko obrotowi gospodarczemu lub inne przestępstwo popełnione w celu osiągnięcia korzyści majątkowych a także za przestępstwo skarbowe lub przestępstwo udziału w zorganizowanej grupie albo związku mających na celu popełnienie przestępstwa lub przestępstwa skarbowego dotyczy urzędujących członków władz tj. osoby fizycznej prowadzącej utworzony w ramach działalności gospodarczej podmiot leczniczy, prowadzący przedsiębiorstwo wspólnicy spółki cywilnej lub osobowej spółki prawa handlowego, członkowie zarządu prowadzącej przedsiębiorstwo spółki z ograniczoną odpowiedzialnością lub spółki akcyjnej /zał. nr 12/
15. Będzie udzielał świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem w lokalizacji przy ul. Poniatowskiego 26 w Siedlcach wyłącznie na rzecz Udzielającego zamówienia.
16. Nie będzie prowadził na terenie Udzielającego zamówienia działalności konkurencyjnej wobec działalności Udzielającego zamówienia.
17. Posiadam własne pracownie wykonujące badania objęte przedmiotem umowy, w których Udzielający zamówienia dopuszcza udzielanie świadczeń.
18. Wpłaciłem wadium w wysokości 50 500,00 złotych / załącznik nr 13/ do oferty
19. Dokonam integracji używanego przez siebie systemu informatycznego z posiadanym i użytkowanym przez Udzielającego zamówienia systemem HIS-AMMS firmy Asseco Poland S.A. - własnym staraniem i na własny koszt w terminie 30 dni kalendarzowych od daty zawarcia umowy wg standardu HL7 PIK CDA - zgodnie z wymaganiami opisanymi w załączniku nr 5 do umowy i dokumentacją techniczną udostępnioną przez Asseco S.A.
20. Dysponuję następującymi środkami łączności:

tel. numer

e-mail.....

inne.....

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu.

.....
/data, podpis oferenta - osoby upoważnionej/