Załącznik nr 2 do SWKO

**Dane Udzielającego Zamówienia**:

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**ul. Armii Krajowej 2/4**

**05-800 Pruszków**

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY na**

### **na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań diagnostycznych**  **na rzecz** pacjentów SPZZOZ w Pruszkowie w podziale na zakresy:

**Zakres 1 Badania diagnostyczne okulistyczne: USG, OCT, GDX, Pachymetria**

### Zakres 2 Badania słuchu: audiometria totalna i audiometria impedancyjna (tympanometria)

**I. Dane Przyjmującego Zamówienie/Oferenta**

Nazwa podmiotu

Adres siedziby:

Numer telefonu, faks:

e-mail:

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą……………………………………….

Numer wpisu do właściwego rejestru dotyczącego działalności gospodarczej (KRS lub ewidencja działalności gospodarczej…………………………………………………………………………………………………………..

REGON: NIP:

Numer konta bankowego:

Numer telefonu

Osoba uprawniona do złożenia i podpisywania oferty w imieniu Oferenta…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Osoba kontaktowa w sprawie wykonywania świadczeń:

Telefon/fax…………………………………………………………………………………………………………………………………

**OFERET OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią umów na udzielenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i wyrażam zgodę na ich zawarcie w tym brzmieniu w przypadku wyboru mojej oferty.
4. Oświadczam, że jestem związana/y ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznymi prawnym.
6. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie zawodowe niezbędne do świadczenia usług w zakresie niniejszego postępowania oraz zatrudniam personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje.
7. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert udzielać będę w swojej siedzibie w ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres komórki organizacyjnej/komórek organizacyjnych, w których będą udzielane świadczenia)

1. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)
2. Świadczeń objętych zamówieniem udzielać będę przy pomocy personelu medycznego w liczbie i kwalifikacjach wskazanych w oświadczeniu stanowiących załącznik do formularza ofertowego zgodnie z postanowieniami SWKO, które posiada kwalifikacje zawodowe odpowiednie do rodzaju wykonywanych badań.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem korzystać będzie ze sprzętu medycznego, urządzeń i wyposażenia szczegółowo opisanego w oświadczeniu, załączonym do oferty-zawierającego dane umożliwiające jego identyfikację, tj. model, nr seryjny i/lub rok produkcji.
4. Proponujemy następujące warunki wykonywania świadczeń:

**Oferta cenowa**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj świadczenia | Szacunkowa liczba badań rocznie | Cena jednostkowa za badanie, brutto | Ogółem kwota zamówienia brutto -3 lata |
| 1 | USG gałek ocznych i oczodołów + opis | 75 |  |  |
| 2 | OCT+ opis | 75 |  |  |
| 3 | GDX + opis | 60 |  |  |
| 4 | Pachymetria + opis | 25 |  |  |
| 5 | Audiometria totalna | 40 |  |  |
| 6 | Audiometria impedancyjna | 40 |  |  |
|  Łącznie wartość oferty |  |

Deklaruję doświadczenie – ilość lat w udzielaniu świadczeń w zakresie wykonywania diagnostycznych badań będących przedmiotem konkursu wynikające z wpisu do rejestru podmiotów leczniczych … .**lat**

Zapoznałem z klauzulą informacyjną w zakresie danych osobowych wynikająca z art.13 RODO przed zawarciem umowy, wskazaną w SWKO.

Oświadczam, ze wypełniłem obowiązki informacyjne wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio uzyskałem w celu ubieganie się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym konkursie, zgodnie z wymogami i zakresie wymaganym przepisami art. 13 lub odpowiednio w art.14 RODO.

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

 miejscowość i data

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta

Załączniki:

1……………………………………………..

2……………………………………………..

3……………………………………………..

(należy oznaczyć wszystkie załączniki , zgodnie z wymogami wskazanymi w SWKO (§ 9)

Załącznik ZO

### **Oferta na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań diagnostycznych na rzecz** pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie w podziale na zakresy (zaznaczyć właściwy):

**Zakres 1 Badania diagnostyczne okulistyczne: USG, OCT, GDX, Pachymetria**

### Zakres 2 Badania słuchu: audiometria totalna i audiometria impedancyjna (tympanometria)

Pieczęć oferenta

Oświadczenie

Oświadczam, że:

1. Zapoznałam się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu.

2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.

3. Zatrudniony personel posiadający odpowiednie kwalifikacje zawodowe, a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem.

4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.

5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu badań (nie zlecam opisu badań zewnętrznej pracowni) z wyjątkiem personelu Zleceniobiorcy świadczącego usługi na rzecz Zleceniobiorcy na podstawie umów cywilnoprawnych.

6. Znany jest mnie termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).

7. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.

8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ w zakresie spełnienia wymagań, o których mowa w aktualnie obwiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.

8. Posiadam doświadczenie w świadczeniu usług w zakresie wykonywania badań diagnostycznych będących przedmiotem konkursu ofert.

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

 miejscowość i data

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta