

Formularz oferty

I. Instrukcja dla Oferenta

1. Niniejszy Formularz oferty – traktowany, jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany i opieczetowany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 11 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem i pieczętą Oferenta, przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta.
5. Zaleca się aby wszystkie strony Formularza oferty były parafowane przez Oferenta.

II. Dane Oferenta:

Pełna nazwa Oferenta			
Siedziba Oferenta			
Kraj	Miejscowość		
Kod pocztowy	Poczta		
Ulica	Nr domu	Nr lokalu	
E-mail	telefon	fax	
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	REGON		
Nr Księgi Rejestrowej w Krajowym Rejestrze Podmiotów Wykonujących Dzielność Leczniczą	KRS		
Osoba do kontaktu			

Odpowiadając na zaproszenie do złożenia oferty zawarte w ogłoszeniu o konkursie, niniejszym składam ofertę w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i udzielania konsultacji, zgodnie z zakresem i opisem przedmiotu zamówienia, zawartym w MI .

III. Proponowana kwota wynagrodzenia

Oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia (w tym transport materiału do badań) zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach Informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za kwotę:

Cena brutto zł (słownie zł:)

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych zawierają wypełnione formularze cenowe stanowiące załączniki do niniejszej oferty.

Hasło do formularza/y cenowego/-ych – załącznika nr 2 do MI (w wersji edytowalnej w pliku *.xls lub *.xlix) – przesłanego drogą mailową na adres: katarzyna.barszcz@szpitalbp.pl.

.....

IV. Oświadczenia:

1. W okresie trwania umowy zapewniam niezmiennosć cen przez okres 12 m-cy od dnia podpisania umowy).
2. Oferuję termin płatności do dni (min. 30 dni) od chwili otrzymania faktury/rachunku przez Udzielającego Zamówienia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z Materiałami Informacyjnymi i szczegółowymi warunkami konkursu oraz ich załącznikami i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Zobowiązuję się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: **od dnia 01.08.2024r. do dnia 31.07.2025r. z możliwością przedłużenia na okres nie przekraczający 12 miesięcy.**
6. Uważam się związany ofertą przez okres 30 dni.
7. Przedmiot umowy wykonam w całości samodzielnie / przy pomocy podwykonawców w następującym zakresie:
.....
.....
8. 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.
9. Oświadczam, że jako Oferent posiadamy najwyższy stopień referencyjności, tj. jesteśmy jednostką specjalistyczną - konsultacyjną spełniającą wymagania Standardów organizacyjnych oraz Standardów postępowania w patomorfologii (wyd. 2020 rok).
10. Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem leczniczym, wpisanym do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, prowadzonym przez (podać), pod ww. numerem księgi rejestrowej.
11. Oświadczam, że jako Oferent jestem wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego pod ww.

numerem.

12. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oświadczam, że personel, który będzie przeprowadzał badania posiada odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania badań i autoryzacji wyników. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia (liczba osób)
15. Miejscem udzielania świadczeń jest (nazwa, adres, nr telefonu laboratorium Oferenta wykonującego badania):.....
.....
.....

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczętka i podpis Oferenta
lub osoby upoważnionej)

Załączniki:

1. Formularz cenowy – załącznik nr 2 do MI,
2. Kopia wpisu laboratorium do KIDL,
3. Kopia polisy OC,
4.
5.