**Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków**

**Konkursu Ofert**

. . . . . . . . . . . . . . dnia . . . . . . . . . . . .

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

 [pieczątka firmowa]

###### Oferta

**I**. **DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**:

**Pełna nazwa/ Imię i nazwisko\*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Siedziba / adres zamieszkania\*** [kod, miejscowość, ulica, nr domu i lokalu] . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . **Adres do korespondencji** \* [wypełnić jeśli jest inny niż adres podany powyżej]

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

**REGON\*** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**NIP** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Telefon** [z numerem kierunkowym]. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**E**-**mail**  . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

\*Należy wypełnić tylko te pola, które dotyczą Przyjmującego zamówienie, pozostałe należy skreślić.

**II. PRZEDMIOT POSTĘPOWANIA KONKURSOWEGO:**

**Postępowanie konkursowe na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie przy ul. M. Reja polegających na wykonywaniu badań laboratoryjnych w okresie od 02.11.2025 r.
do 31.10.2028 r.**

**III. TREŚĆ OFERTY:**

1. Oświadczam, że przystępuję do konkursu ofert ogłoszonego przezUdzielającego zamówienia - **Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej PIASTUN
w Piastowie** na warunkach przedstawionych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz warunki te akceptuję.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia opublikowanego na stronie internetowej **Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej PIASTUN w Piastowie** w sprawie udzielania świadczeń zdrowotnych.
3. **Oferowana łączna cena brutto zgodnie z załączoną specyfikacją asortymentowo-cenową stanowiącą załącznik nr 1 i nr 2 do Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert wynosi: ………………………. zł.**
4. **Adres miejsca wykonywania świadczeń będzie następujący: ………………………………………………………tel. …………………**
5. **Dysponuję następującym personelem (diagności, personel techniczny – liczba osób oraz kwalifikacje): ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**
6. **Dysponuję następującą aparaturą i urządzeniami (ilość, typ, rodzaj, rok produkcji):………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..**
7. **Gwarantuje maksymalny czas przekazania wyników badań zgodny z wymaganiami określonymi w Wzorze umowy stanowiącym załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.**
8. Oświadczam, że
	1. posiadam uprawnienia, niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania świadczeń zdrowotnych,
	2. będę wykonywał badania na wysokim poziomie zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej i analitycznej, z obowiązującymi normami, standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa (w tym p.poż oraz BHP) oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności oraz całodobowej, nieprzerwanej pracy na rzecz udzielającego zamówienia,
	3. będę wykonywał badania na sprzęcie zapewniającym ich wysoką jakość, posiadającym certyfikaty dopuszczenia do obrotu,
	4. zapewnię ciągłość świadczeń niezależnie od urlopów, absencji chorobowych i nieobecności z innych powodów, za zachowaniem warunków zawartej umowy,
	5. materiały i odczynniki używane do wykonywania badań będą dopuszczone do obrotu i będą spełniały wymagania określone w przepisach szczególnych,
	6. będę regularnie prowadził kontrole wewnętrzne parametrów analitycznych oferowanych oznaczeń,
	7. będę brał udział w okresowych kontrolach ogólnopolskich i międzynarodowych jakości realizowanych badań,
	8. badania będą wykonywane przez wykwalifikowane osoby,
	9. będę prowadził rejestr pacjentów, na rzecz których będą wykonywane oraz ewidencję przyjmowanych badań badania wg wymogów dla prowadzenia dokumentacji medycznej,
	10. będę odbierał materiał do badań i przekazywał wyniki badań we wskazanych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert terminach i formach,
	11. niewłaściwie wykonane badanie będę powtarzał na własny koszt,
	12. w przypadku awarii sprzętu zlecę badanie innemu podmiotowi na koszt własny a jakość i termin wykonania usług będzie zgodna z przedstawionymi wymogami oraz jednocześnie powiadomię udzielającego zamówienia o tej awarii,
	13. posiadam lub będę posiadał na moment zawarcia umowy konto w systemie SZOI (System Zarządzania Obiegiem Informacji) zgodnie z wymaganiami NFZ.
9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych dla celów niniejszego postępowania konkursowego oraz ich publikacje na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
10. Oświadczam, że jestem związany ofertą w terminie 30 dni od daty wyznaczonej na składanie ofert.
11. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zawrę umowę zgodną z wzorem stanowiącym załącznik do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
12. *Powyższe oświadczenia składam świadomy odpowiedzialności karnej z tytułu przedkładania fałszywych
lub stwierdzających nieprawdę dokumentów lub nierzetelnych oświadczeń mających istotne znaczenie
dla uzyskania przedmiotowych zamówień (art. 297 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny) a także konsekwencji określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.*

*\*Niewłaściwe skreślić.*

Załączniki:

1. Wypełniona i podpisana specyfikacja asortymentowo-cenowa – zgodnie
 z załącznikiem nr 2 i nr 3 do niniejszych Szczegółowych Warunków.
2. Dokument potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.
3. Dokumenty poświadczające wpis do ewidencji prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych.
4. Wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego.\*
5. Wydruk z CEIDG.\*
6. Ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej.
7. Inne:…………………………………………………………………

**oferta z załącznikami zawiera łącznie .................... ponumerowanych stron.**

................................., dnia .............. r.

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

*podpis Przyjmującego zamówienie lub osoby upoważnionej do reprezentowania*