**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Oferenta:**

Nazwa (firma) /Imię i nazwisko: ......................................................................................

Siedziba/m-ce zam.: .......................................kod....................ul......................................................

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby): ....................................... kod............... ul..............................................

Województwo:.....................................nr telefonu/fax ………….…………...........................

http:// ..................................................... e-mail: .........................................................................

NIP:……………..……………………………… REGON: ………………………………..…………………

Osoba upoważniona do kontaktów: ............................................................... tel. ....................................

**Dane Udzielającego Zamówienia:**

**Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.**

**ul. Kościuszki 28, 09-402 Płock**

**Przedmiot zamówienia**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań
USG serca oraz konsultacji kardiologicznych pacjentom kierowanym przez Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. zgodnie z określonym w ogłoszeniu przedmiotem postępowania
i wzorem umowy.

**Oferowana cena:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Nazwa badania** | **Szacunkowa liczba badań w okresie 12 m-cy realizowanych przez PZOZ** | **Cena netto jednostkowa** | **Stawka podatku VAT** | **Cena brutto jednostkowa** | **Ilość x Cena brutto jednostkowa** |
| 1 | USG serca | 35 |  |  |  |  |
| 2 | konsultacje kardiologiczne | 25 |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  | **Razem:** |  |

**Informacje dotyczące badania**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr zadania** | **Nazwa badania** | **Miejsce wykonania badania/ odległość od siedziby Udzielającego Zamówienia** | **Dni w których wykonywane są badania** | **Maksymalny czas oczekiwania na realizację badania wraz z wynikiem, nie dłuższy niż 5 dni roboczych** | **Uwagi** |
| 1 | USG serca |  |  |  |  |
| 2 | konsultacje kardiologiczne |  |  |  |  |

**Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny**

1. Oświadczam, że dysponuję pracownią USG działającą zgodnie
z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, zlokalizowaną w ………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

1. Opis lokalu (rejestracja, poczekalnia, gabinety) …………………………………… …………………………………………………………………………………………………………………
2. Aparatura i sprzęt medyczny (typ, rodzaj, ilość, czas eksploatacji): ………………………………………………………………………………………………………………….. ……………………………..……………………………………………………………………………………

**Oświadczenia Oferenta:**

Oświadczam, iż:

1. zapoznałem się z treścią Ogłoszenia, a w szczególności z przedmiotem konkursu, kryteriami oceny ofert, warunkami stawianymi oferentom, a także z projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści,
2. zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
3. akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Ogłoszeniu i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. spełniam wszystkie warunki stawiane Oferentom,
5. wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
7. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
8. w przypadku wyboru niniejszej oferty podpiszę umowę zgodnie z  projektem umowy w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,
9. termin płatności wynosi 30 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury,
10. uwzględniłem w cenie jednostkowej netto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego.

**Załączniki dołączane na etapie podpisywania umowy:**

1. Aktualny wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert).
2. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
4. Dokumenty potwierdzające posiadanie sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

….........................................................................

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta