**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Oferenta:**

Nazwa (firma) ……………….....................................................................................................................

Siedziba: ………….........................................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 oferty**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie protetyki pacjentom kierowanym przez Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.

**Oferowana cena**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa usługi** | **Szacunkowa****liczba usług w okresie 24 m-cy** | **Cena brutto jednostkowa** | **Wartość****Ilość x Cena brutto jednostkowa** |
| Protezy całkowite osiadające na łyżkach indywidualnych | 100 |  |  |
| Protezy częściowe osiadające | 100 |  |  |
| Naprawa protezy | 20 |  |  |
| Podścielenie protezy małe | 5 |  |  |
| Podścielenie protezy duże | 5 |  |  |
|  |  | **Razem:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa usługi | Termin odbioru materiału do prac protetycznych od Udzielającego Zamówienia | Maksymalny czas oczekiwania na wykonaną usługę (od dnia odbioru do dnia dostarczenia pracy protetycznej) |
| Protezy całkowite osiadające na łyżkach indywidualnych | W ciągu 3 dni roboczych od dnia zgłoszenia | Do 14 dni |
| Protezy częściowe osiadające | Do 14 dni |
| Naprawa protezy | Do 3 dni |
| Podścielenie protezy | Do 5 dni |

**Oświadczenia Oferenta:**

Oferent oświadcza, iż:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, a także z projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń do ich treści,
2. zapoznał się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
3. akceptuje załączony wzór umowy i w razie wyboru swojej oferty zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych w Ogłoszeniu, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. spełnia wszystkie warunki i wymogi stawiane w konkursie,
5. wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
7. uważa się za związanego ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
8. w przypadku wyboru niniejszej oferty podpisze umowę zgodnie z  projektem umowy
9. termin płatności wynosi 30 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury,
10. uwzględnił w cenie jednostkowej netto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego.

**Załączniki**

1. Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej wydane nie wcześniej niż 6 miesięcy przed terminem składania ofert
2. Dokumenty potwierdzające posiadanie uprawnień, kwalifikacji, sprzętu i aparatury medycznej oraz personelu, niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia
3. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy

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

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta

\*skreślić jeżeli nie dotyczy