**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/fa x……….…………......................................................

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
mammograficznych** pacjentom kierowanym przez Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. zgodnie z określonym w ogłoszeniu przedmiotem postępowania i wzorem umowy.

**Oferowana cena**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Szacunkowa****liczba badań w okresie 36 m-cy realizowanych przez PZOZ** | **Cena netto jednostkowa** | **Stawka podatku VAT** | **Cena brutto jednostkowa** | **Ilość x Cena brutto jednostkowa** |
| Badanie mammograficzne | **450** |  |  |  |  |
|  |  |  |  | **Razem:** |  |

**Informacje dotyczące badania**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Miejsce wykonania badania/ odległość od siedziby Udzielającego Zamówienia** | **Dni w których wykonywane są badania** | **Maksymalny czas oczekiwania na badanie wraz z wynikiem** | **Uwagi** |
| Badanie mammograficzne |  |  |  |  |

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

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

 Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta

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

1. Oświadczam, że dysponuję pracownią do wykonywania badań mammograficznych działającą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, zlokalizowaną w ………………………………………………………………………………………………………………….
2. Opis lokalu (rejestracja, poczekalnia, gabinety) ………………………………………………………….

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

1. Aparatura i sprzęt medyczny (typ, rodzaj, ilość, czas eksploatacji): …………………………………………………………………………………………………………………

**Oświadczenia Oferenta**

Oferent oświadcza, iż:

1. zapoznał się z ogłoszeniem 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 jego oferty zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. spełnia wszystkie warunki stawiane w ogłoszeniu,
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 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
8. uwzględnił w cenie jednostkowej brutto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego,
9. na prowadzenie prywatnej praktyki nie ma podpisanego kontraktu z NFZ - w przypadku posiadania prywatnej praktyki,
10. nie ciąży na nim wyrok Sądów Powszechnych ani Sądów Lekarskich i nie toczy się przeciwko niemu żadne postępowanie przygotowawcze w zakresie prawa wykonywania zawodu lekarza
11. nie została z nim rozwiązana umowa o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w określonym rodzaju lub zakresie w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie Oferenta przez oddział wojewódzki NFZ.

 **Załączniki**

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

*\* skreślić jeżeli nie dotyczy*

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

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta