WSZ.DAT.SZP.042.1.1/2021 Załącznik nr 3 do SWKO

FORMULARZ OFERTY

**na świadczenia zdrowotne w zakresie kompleksowej całodobowej diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii i serologii transfuzjologicznej wraz z dzierżawą pomieszczeń**

**I. DANE O OFERENCIE:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1.  | Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia  |  |
| 2. | Adres wraz z kodem pocztowym |  |
| 3. | Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu |  |
| 4. | Numer telefonu |  |
| 5. | Numer FAX / e-mail |  |
| 6. | Numer rejestru sądowego KRS  |  |
| 7. | Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej (lub innego właściwego rejestru/ewidencji)  |  |
| 8. | Nazwa organu prowadzącego rejestr |  |
| 9. | Numer NIP |  |
| 10. | Numer REGON |  |
| 11. | Kierownik placówki: (imię i nazwisko, nr telefonu) |  |
| 12 | Imię i nazwisko oraz nr tel. osoby odpowiedzialnej za realizację zadań objętych konkursem ofert |  |

Proponowany czas trwania umowy: od dnia 01.05.2021 r. do dnia 30.04.2024 r.

**II. OFERTA CENOWA**

Oświadczam, że oferuję świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostyki laboratoryjnej mikrobiologii i serologii transfuzjologicznej zgodnie z wymaganiami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert za łączną cenę:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj wykonywanego badania | Szacunkowa wartość brutto wykonanych badań w okresie obowiązywania umowy – 12 miesięcy | Szacunkowa wartość brutto wykonanych badań w okresie obowiązywania umowy – 36 miesięcy |
| Badania laboratoryjne: diagnostyka laboratoryjna, mikrobiologia i serologia transfuzjologiczna |  |  |

**III. DZIERŻAWA POMIESZCZEŃ**

|  |
| --- |
| **Oferuję stawkę dzierżawy za 1 m2 dzierżawionej powierzchni w kwocie:****netto ……………………. zł/1m2 ,brutto ……………………. zł/1m2,  VAT …………..%****Miesięczny czynsz dzierżawy pomieszczeń wyniesie ( 299,13 m2 powierzchni):** **netto ……………………. zł, brutto ……………………. zł, VAT …………%****Dodatkowo zobowiązuję się do uiszczania innych opłat wynikających z zawartej umowy dzierżawy pomieszczeń zgodnie z zapisami umowy dzierżawy.** |

**IV.** **OŚWIADCZENIE OFRERENTA:**

* 1. Oświadczam, że zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektami umów i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
	2. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania usług zamówienia.
	3. Oświadczam, że będę związany ofertą przez okres 30 dni.
	4. Oświadczam, że zapewnię udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań objętych przedmiotem umowy.
	5. Oświadczam, że spełniam wymogi stawiane przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla pracowni diagnostyki laboratoryjnej,
	6. Oświadczam, iż jestem gotowy poddać się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie objętym niniejszym postanowieniem,
	7. Oświadczam, iż posiadam odpowiednią aparaturę i sprzęt medyczny przeznaczony do realizacji świadczenia w ramach przedmiotu konkursu.
	8. Akceptuję termin płatności każdej faktury 60 dni od daty otrzymania faktury przez Udzielającego zamówienia.
	9. Oświadczam, że akceptuję załączone wzory umów i zobowiązuję się do ich podpisania w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
	10. Niniejszym zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem
	i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu pomieszczeń Udzielającego zamówienia oraz własnej aparatury i sprzętu medycznego.
	11. Oświadczam, że posiadam Certyfikat:

1) Certyfikat ISO 9001 ważny do………………

2) Certyfikat ISO 15189 ważny do …………….

3) Certyfikat ISO 17025 ważny do ……………..

* 1. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składam ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań w celu uzyskania korzyści majątkowych.
	2. Oświadczam, że personel wskazany w ofercie został poinformowany, że zgodnie z art. 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str.1) dalej „RODO”:
1. Administratorem danych Przyjmującego zamówienie i personelu przez niego wskazanego jest Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96 – 100 Skierniewice, nr tel. 46 834-07-50, wsz.skier@lodzkie.pl
2. wszelkie informacje dotyczące przetwarzania danych osobowych przez Administratora można kierować pisemnie na adres Administratora: Wojewódzki Szpital Zespolony im. Stanisława Rybickiego w Skierniewicach, ul. Rybickiego 1, 96 – 100 Skierniewice, mailowo na adres: Inspektora Ochrony Danych: iod@wsz-skier.pl lub telefonicznie na numer: (46) 834 08 29
3. Administrator będzie przetwarzał dane osobowe Przyjmującego zamówienie i jego personelu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
4. dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi Administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz Administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
5. dane osobowe Przyjmującego zamówienie i jego personelu będą przechowywane przez okres wskazany w wewnętrznej Instrukcji Kancelaryjnej Administratora, zgodnie z przepisami ustawy o archiwach i narodowym zasobie archiwalnym;
6. Administrator nie zamierza przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
7. Przyjmującemu zamówienie i jego personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego – Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych;
8. podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji umowy. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
9. Administrator w oparciu o Państwa dane osobowe nie podejmuje zautomatyzowanych decyzji.

Ofertę niniejszą składam na …............ kolejno ponumerowanych stronach.

**V. ZAŁĄCZNIKAMI DO OFERTY SĄ:**

* 1. …………………………………
	2. …………………………………
	3. …………………………………
	4. …………………………………
	5. …………………………………
	6. …………………………………
	7. …..............................................
	8. .................................................
	9. ……………………………….....

10. …………………………………..

**......................................... …….………….….…………...........…………** Data Podpis i pieczęć Oferenta

WSZ.DAT.SZP.042.1.1/2021 Załącznik nr 4 do SWKO

**Wykaz wykonanych usług**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Podmiot, z którym zawarto umowę | Data zawarcia umowy (od kiedy- do kiedy)  |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |

W załączeniu dokumenty potwierdzające, że umowy wskazane w wykazie zostały wykonane należycie.

……………………… ………..……………………………

 Data Podpis i pieczęć Oferenta

WSZ.DAT.SZP.042.1.1./2021 Załącznik nr 5 do SWKO

**Wykaz osób – pracowników, posiadających uprawnienia do wykonywania świadczenia
w ramach przedmiotu konkursu**

Niniejszym oświadczam, iż w realizacji zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujących swym zakresem: diagnostykę laboratoryjną, mikrobiologię i serologię transfuzjologiczną w pomieszczeniach wynajmowanych od udzielającego zamówienia uczestniczyć będzie personel o uprawnieniach i kwalifikacjach wymienionych poniżej oraz
w liczbie gwarantującej należyte wykonanie umowy:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Kwalifikacje zawodowe | Zakres wykonywanych czynności |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |

Do niniejszego wykazu załączam stosowne uprawnienia osób w nim wykazanych.

…………………… ………..……………………………

Data Podpis i pieczęć Oferenta

WSZ.DAT.SZP.042.1.1/2021 Załącznik Nr 9 do SWKO

**OŚWIADCZENIE**

***o dokonaniu wizji lokalnej***

Oświadczam, że dokonałem wizji pomieszczeń przeznaczonych do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii i serologii transfuzjologicznej, położonych w Skierniewicach przy ul. Sobieskiego 4 - budynek główny Szpitala oraz przy ul. Wita Stwosza 1 - Punkt Pobrań.

 Data: .................... …... ...................................... Podpis i pieczęć Oferenta

WSZ.DAT.SZP.042.1.1/2021 Załącznik nr 10 do SWKO

**Oświadczenie**

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że w przypadku stwierdzenia awarii aparatury medycznej lub wystąpienia innych zdarzeń losowych w wyniku których, mogłyby powstać zakłócenia w realizacji umowy na rzecz Szpitala, Przyjmujący zamówienie zabezpieczy na własny koszt pracownię diagnostyki laboratoryjnej w celu zabezpieczenia ciągłości świadczeń, w tym wykonania badań na CITO, będących przedmiotem niniejszego postępowania konkursowego, spełniając wymagania ujęte w dokumentacji konkursowej. Pracownia diagnostyki laboratoryjnej zlokalizowana jest pod adresem:

…………………………………………………………………………………………………

W załączeniu kserokopia zawartej umowy ze świadczeniodawcą.

 Data: .................... …... ...................................... ***Podpis i pieczęć Oferenta***

WSZ.DAT.SZP.042.1.1/2021 Załącznik Nr 11 do SWKO

**OŚWIADCZENIE**

Przyjmujący zamówienie gwarantuje, że laboratorium, za pomocą którego będzie świadczyć usługi na rzecz Udzielającego zamówienia, jest wpisane na „Listę laboratoriów COVID” Ministra Zdrowia lub posiada zawartą umowę z innym świadczeniodawcą.

Laboratorium „COVID” zlokalizowane jest pod adresem:

……………………………………………………………………………………………

***W załączeniu kserokopia zawartej umowy ze świadczeniodawcą.***

 Data: .................... …... ...................................... Podpis i pieczęć Oferenta