

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych wykonywania badań laboratoryjnych w zakresie badań mikrobiologicznych oraz badań innych na rzecz pacjentów Udzielającego Zamówienie

DANE O OFERENCIE:

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

(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego)

Numer NIP.....
Numer REGON.....
Numer KRS (jeśli dotyczy
Numer wpisu CEIDG
Numer telefonu z nr kierunkowym.....
Numer fax.....
Adres e-mail.....
Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów leczniczych.....

Zadanie nr 1 - udzielenie świadczeń zdrowotnych Pacjentom Udzielającego Zamówienia wykonywania badań laboratoryjnych w zakresie **badań mikrobiologicznych:**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia

..... zł brutto, co
stanowi sumę wartości załącznika nr do oferty

Zadanie nr 2 – Pakiet nr 1 udzielenie świadczeń zdrowotnych Pacjentom Udzielającego Zamówienia wykonywania **badań ogólnolaboratoryjnych:**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia

..... zł brutto, co
stanowi sumę wartości załącznika nr do oferty

Zadanie nr 2 – Pakiet nr 2 udzielenie świadczeń zdrowotnych Pacjentom Udzielającego Zamówienia wykonywania **białek specyficznych i leków:**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia

..... zł brutto, co
stanowi sumę wartości załącznika nr do oferty

Zadanie nr 2 – Pakiet nr 3 udzielenie świadczeń zdrowotnych Pacjentom Udzielającego Zamówienia wykonywania **badań hematologicznych:**

Proponowana kwota należności za realizację zamówienia

..... zł brutto, co
stanowi sumę wartości załącznika nr do oferty

1. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

.....
(nazwa banku i nr konta)

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że oferowane badania będą wykonywane przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych zgodnie z obowiązującymi przepisami.
4. Oświadczam, że aparatura, sprzęt medyczny oraz pomieszczenia wykorzystywane do wykonywania badań spełniają wymogi wynikające z obowiązujących przepisów.
5. Oświadczam, że materiał do badań będzie transportowany w warunkach kontroli temperatury.
6. Oświadczam, że wezmę udział w wyjaśnianiu przyczyny uzyskania wyników niezgodnych ze stanem klinicznym pacjenta, w tym umożliwię Udzielającemu Zamówienie wgląd do zapisów kontroli wewnątrzlaboratoryjnej.
7. Oświadczam, że dla niżej wymienionych badań nie są dostępne programy zewnętrznej oceny jakości¹

-
.....
.....
8. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu

-
.....
9. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz numery telefonów kontaktowych:

-
.....
10. Oświadczam, że umożliwię przeprowadzenie auditu weryfikującego informacje zawarte w oświadczeniach i w ofercie.

11. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych warunkach konkursu dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...
- 5) ...

itd.

¹ podać: nazwę badania (nr załącznika, nr pozycji)

.....
Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych do
reprezentowania
Przyjmującego Zamówienie