

(pieczęć Wykonawcy)

(miejscowość, data)

Nazwa oferenta, N-r NIP, Regon N-r KRS

**Publiczny Zakład Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie**  
**ul. Mickiewicza 20**  
**57-100 Strzelin**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**  
**W TRYBIE KONKURSU OFERT**

## 1. Dane Wykonawcy:

Nazwa Wykonawcy	
Siedziba	
Nr telefonu	
Nr faksu <i>(podać obowiązkowo)</i>	
Adres e-mail <i>(podać obowiązkowo)</i>	
NIP	
REGON	

2. Przystępując do postępowania prowadzonego w trybie konkursu ofert na „Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologii wykonywanych dla PZLA w Strzelinie”, przedstawiam ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia za całkowite wynagrodzenie brutto wynikające z wyliczeń zawartych w tabeli poniżej:

**Cena netto (PLN)**.....

Słownie: .....

Stawka podatku VAT w %.....

**Cena brutto (PLN)****Słownie wartość wynagrodzenia****BRUTTO** ..... **PLN**

DYREKTOR  
Publicznego Zakładu Lecznictwa  
Ambulatoryjnego w Strzelinie  
  
Norbert Raba

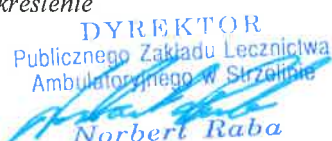
3. Warunki płatności: należność płacona będzie przelewem, z rachunku bankowego Zamawiającego, w terminie 21 dni od daty otrzymania przez Zamawiającego, prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Oferent oświadcza iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnosi do nich zastrzeżeń.
2. Oferuje wykonanie badań laboratoryjnych na rzecz Publicznego Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Strzelinie zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Pomieszczenia i urządzenia przy pomocy których będą udzielane świadczenia spełniają wymogi określone w obowiązujących przepisach prawa.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń i utrzymuje je przez okres obowiązywania umowy.
6. Dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem, potencjałem ekonomicznym i technicznym oraz pracownikami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
7. Za wykonywanie świadczeń proponuje należności zgodnie z cennikiem określonym w załączniku nr 1.
8. Przyjmując Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia i Zleceniodawcy w zakresie spełniania wymagań, o których mowa w szczegółowych materiałach informacyjnych z zakresu właściwości przedmiotu postępowania, pod rygorem rozwiązania umowy.
9. Oświadczamy, że będziemy związani złożoną ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
10. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016r. 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) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

<sup>2</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie

DYREKTOR  
Publicznego Zakładu Lecznictwa  
Ambulatoryjnego w Strzelinie  
  
Norbert Raba

11. Imię i nazwisko oraz funkcja osoby, która należy wpisać do umowy jako osobę reprezentującą firmę:

Imię i nazwisko	Funkcja

12. Pełnomocnik w przypadku składania oferty wspólnej:

Imię i nazwisko: .....

Stanowisko: .....

Zakres\*:

- do reprezentowania w postępowaniu
- do reprezentowania w postępowaniu i zawarcia umowy

13. Podwykonawstwo w zakresie mikrobiologii

Oświadczamy, że przedmiot zamówienia:

- 1.zrealizujemy w całości bez udziału podwykonawców\*
- 2.zrealizujemy z udziałem podwykonawców\*:

Nazwa i adres Podwykonawcy	Zakres czynności (część zamówienia), która Wykonawca powierzy Podwykonawcy

14. Oświadczamy, że

- 1.NIE UTAJNIAMY\* żadnych informacji zawartych w naszej ofercie;
- 2.UTAJNIAMY

\* informacje zawarte w naszej ofercie, które stanowią tajemnice przedsiębiorstwa w zakresie:

- nazwa utajnionego dokumentu: °

3.W związku z utajnieniem w/w dokumentów oświadczamy, że:

- wymienione wyżej informacje zostały w naszej firmie objęte ochrona jako nieujawnione, objęta tajemnicą przedsiębiorstwa,
- informacje te nie były nigdzie jawnie publikowane, nie stanowiły one części materiałów promocyjnych i podobnych, ani nie zapoznawano z nimi innych jednostek gospodarczych i administracyjnych w trybie jawnym,

DYREKTOR  
Publicznego Zakładu Lecznictwa  
Ambulatoryjnego w Strzelnie  
*Norbert Raba*  
Norbert Raba

•zastrzeżenie niejawności w/w informacji jest nadal ważne,

a) Oceniając <b>jakość</b> Udzielający zamówienia przyznaje punkty za doświadczenie Przyjmującego zamówienie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania, w następującej wysokości:	<u>wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):</u>
1. poniżej 5 lat doświadczenia – <b>2 pkt.</b>	
2. 5 – 10 lat doświadczenia – <b>5 pkt.</b>	
3. Powyżej 10 lat doświadczenia – <b>10 pkt.</b>	

b) Oceniając <b>ciągłość</b> Udzielający zamówienia przyznaje punkty za gotowość Przyjmującego zamówienie realizacji przedmiotu zamówienia (badania w ustalonym dniu/dniach) we wskazanym poniżej tygodniowym wymiarze dni	<u>wybrać jedną preferowaną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X” na wykropkowanym polu):</u>
Co najmniej pięć dni w tygodniu – <b>8 pkt.</b>	
Co najmniej sześć dni w tygodniu – <b>10 pkt.</b>	

**Termin realizacji przedmiotu zamówienia obowiązuje na okres dwóch lat od daty podpisania umowy**

miejsce, data.....

.....  
podpis Wykonawcy/podpis osoby  
uprawnionej/upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załączniki do oferty:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....

DYREKTOR  
Publicznego Zakładu Lecznictwa  
Ambulatoryjnego w Strzelnie  
  
Norbert Raba