

(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**

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 utrzyma 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. Przyjmujący 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 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu¹

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 Rozporządzenie 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 o ogólnej rozporządzenie o ochronie danych (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1)

2 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)

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,

•zastrzeżenie niejawności w/w informacji jest nadal ważne,

a) Oceniając jakość 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 – 2 pkt.	
2. 5– 10 lat doświadczenia – 5 pkt.	
3. Powyżej 10 lat doświadczenia – 10 pkt.	

b) Oceniając ciągłość 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 – 8 pkt.	
Co najmniej sześć dni w tygodniu – 10 pkt.	

|

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

miejsowość, data.....

.....

podpis Wykonawcy/podpis osoby
uprawnionej/upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy

Załączniki do oferty:

1.....

2.....

3.....

4.....