**Załącznik nr 1**

# FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu

1. Dane o Oferencie:
   1. Pełna nazwa:.......................................................................................................................................
   2. Adres:

miejscowość ............................................................................... kod pocztowy……………………....

ul. ..............................................................................................., nr lokalu, .................................

Tel/fax. ..........................................................................................................................................

email..................................................................... www..............................................................

Nazwa i numer konta bankowego ……………………………….………………….………………….

* 1. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu ...........................................................................................................

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

* 1. NIP.................................................................................................................................................
  2. Regon............................................................................................................................................
  3. KRS…………………………………………………………………………………..……...………….

1. Proponowana cena badań/konsultacji będących przedmiotem konkursu:

**I pakiet:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj badania | Cena brutto |
| Badanie immunohistochemiczne |  |

**II pakiet:**

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj badania | Cena brutto |
| Konsultacja preparatów histopatologicznych w celu ustalenia rozpoznania |  |

1. Miejsce wykonywania badań:

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

1. Określenie warunków udzielania świadczeń:
   1. dni i godziny odbioru materiału do badań lub wykonania badania:

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

* 1. zasady przekazywania wyników badań do Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu:

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

1. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj aparatury / sprzętu medycznego | Rok produkcji | Dodatkowe informacje |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:

- tryb normalny

- DILO, pakiet onkologiczny

……………………………………………………………………………………………………………

1. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację zamówienia z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na badania .

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

VIII. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienie zakresie badań histopatologicznych wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu:

* oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia,   
  tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie   
  z obowiązującymi przepisami.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Stanowisko | Posiadane kwalifikacje i uprawnienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

* oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
* oświadczamy, że uważamy się za związanymi niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o konkursie,
* oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez udzielającego zamówienia,
* oświadczamy, że spełniamy wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia   
  w standardach pracowni rezonansu magnetycznego.
* oświadczamy, że uznajemy prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz.1285 z późn. zm),

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

podpis Oferenta