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

 (pieczątka Wykonawcy) (miejscowość i data)

## O F E R T A

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**na zabezpieczenie świadczeń - badań profilaktycznych z zakresu medycyny pracy**

1. **Dane Oferenta**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

…………………………………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru / organu rejestrowego:

…………………………………………………………………………………………………

REGON: NIP:

………………………………………. ……………………………………….

BANK / nr rachunku

…………………………………………………………………………………………………

Adres zakładu:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Telefon: e-mail

………………………………………… ………………………………………..

1. Oferujemy wykonanie świadczeń - badań profilaktycznych z zakresu medycyny pracy zgodnie z przedmiotem zamówienia i wydanie orzeczenia lekarskiego. Proponowana cena jednostkowa wynosi:

……………………..… brutto (słownie: ………………………………………………).

W przypadku konieczności przeprowadzenia dodatkowych konsultacji (neurologiczna, laryngologiczna, okulistyczna proponowana cena jednostkowa za konsultację wynosi:

……………………..… brutto (słownie: ………………………………………………).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium ofertowe** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań (zaznaczyć „X” )** | **Waga punktowa** | **Przyznane punkty** |
| 1 | Jakość | certyfikat ISO 9001:2015 + akredytacja |  | **20 pkt.** |  |
| ertyfikat ISO 9001:2015 |  | **15 pkt.** |  |
| akredytacja |  | **15 pkt.** |  |
| brak certyfikatu ISO i akredytacji |  | **10 pkt.** |  |
| 2. | Dostępność | w siedzibie Zamawiającego |  | **20 pkt.** |  |
| w siedzibie Zamawiającego i Oferenta |  | **10 pkt.** |  |
| w siedzibie Oferenta |  | **5 pkt.** |  |
| 3.\* | Cena | oferta z najniższą ceną  |  | **60 pkt.** |  |
| oferta z wyższą ceną |  | **20 pkt.** |  |
|  |

\*pkt..3 – potwierdzenie spełnienia wymagań ocenia *Zamawiający* przy ocenie oferty

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

 data, pieczęć i podpis Oferenta lub osoby

 upoważnionej

1. **Oświadczenie Oferenta**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia

2. Oświadczam, że spełniam warunki udziału w postępowaniu określone w ogłoszeniu i w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

1. Oświadczam, że zapoznałem się z zasadami konkursu określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) i przyjmuję je w całości bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że zdobyłem wszelkie informacje, które były konieczne do przygotowania oferty oraz, że wyceniłem wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy.
3. Oświadczam, że ………………..........................................................................................

 (nazwa podmiotu)

 nie jest w stanie likwidacji.

1. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie toczy się postępowanie upadłościowe.

1. Oświadczam, że dysponuję personelem, który posiada wymagane kwalifikacje i uprawnienia do wykonania przedmiotu umowy.
2. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe do udzielania świadczenia będącego przedmiotem postępowania, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny gwarantujący skuteczną diagnostykę, spełniającą wymagania określone przepisami prawa oraz wymogami NFZ.
3. Oświadczam, że będę realizował przedmiot zamówienia w siedzibie *Zamawiającego* przynajmniej jeden raz w tygodniu.
4. Oświadczam, że akceptuję wzór umowy stanowiący Załącznik nr 2 do SWKO oraz, że w przypadku wygrania konkursu zobowiązuję się do podpisania umowy z uwzględnieniem zapisów zawartych w SWKO, w terminie i sposób wskazany przez *Zamawiającego*.
5. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez 30 dni od terminu składania ofert, wyznaczonego przez *Zamawiającego*.
6. Oświadczam, że podana oferta cenowa jest traktowana jako ostateczna do zapłaty i będzie utrzymana przez cały okres obowiązywania umowy.
7. Oświadczam, że jestem / nie jestem płatnikiem\* podatku od towarów i usług VAT.
8. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności.
9. Oświadczam, że za wykonaną usługę faktura będzie dostarczona (\*zaznaczyć właściwe):

 a)     W wersji papierowej na adres Udzielającego Zamówienia\*

 b)     Na adres efaktury@zdrowie.walbrzych.pl\*

 c)     Platformę Elektronicznego Fakturowania

 <https://www.brokerinfinite.efaktura.gov.pl> \*

1. Oświadczam, że zobowiązuję się do stosowania norm jakościowych obowiązujących   w szpitalu opracowanych w oparciu o standardy akredytacyjne Centrum Monitorowania Jakości w Ochronie Zdrowia oraz o normę  ISO 9001:2015., wg których  podlega corocznej ocenie oraz kwalifikacji zgodnie z określonymi w szpitalu kryteriami oceny dostawców.
2. Oświadczam, że przez cały okres realizacji umowy utrzymam ważne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygaśnie, zobowiązuję się zawrzeć nową umowę ubezpieczenia w takim terminie, aby zapewnić ciągłość wykonywania przedmiotowej umowy oraz dostarczyć jej kserokopię w ciągu 7 dni do *Zamawiającego*. Ubezpieczenie OC musi być zgodnie z obowiązującymi przepisami.

**Załączniki do oferty** (zgodnie z SWKO ):

1. ..............................................................................................................................
2. ..............................................................................................................................
3. ..............................................................................................................................
4. ..............................................................................................................................
5. ..............................................................................................................................
6. ..............................................................................................................................
7. ..............................................................................................................................

(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

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

 data, pieczęć i podpis Oferenta lub osoby

 upoważnionej