## O F E R T A

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**na zabezpieczenie świadczeń - badań z zakresu scyntygrafii**

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

………………………………………… …………………………………………...

Oferujemy wykonywanie świadczeń z zakresu badań diagnostycznych – z zakresu scyntygrafii zgodnie z przedstawionym cennikiem (załącznik nr 2 do SWKO), który następnie będzie stanowił załącznik nr 1 do umowy.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium ofertowe** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań (zaznaczyć „X” )** | | **Waga punktowa** | **Przyznane punkty** |
| 1 | Jakość | certyfikat ISO 9001:2015 + akredytacja |  | **20 pkt.** |  |
| certyfikatu ISO 9001:2015 |  | **15 pkt.** |  |
| akredytacja |  | **15 pkt.** |  |
| brak certyfikatu ISO i akredytacji |  | **10 pkt.** |  |
| 2. | Dostępność | do godz. 15:00 i po godz. 15:00 |  | **20 pkt.** |  |
| do godz. 15:00 |  | **10 pkt.** |  |
| po godz. 15:00 |  | **10 pkt.** |  |
| 3.\* | Cena | oferta z najniższą ceną za proponowane ogółem świadczenia |  | **60 pkt.** |  |
| oferta z wyższą ceną za proponowane ogółem świadczenia |  | **20 pkt.** |  |
|  |

* pkt. 3 – potwierdzenie spełnienia wymagań wypełnia *Zamawiając*y przy ocenie oferty zgodnie z Załącznikiem nr 2 do SWKO

……………………..…………….………………………………………

data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

1. **Oświadczenie Oferenta**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert i materiałami informacyjnymi i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy który stanowi załącznik nr 3 do SWKO i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
5. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wyceniłem wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy..
6. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od daty upływu składania ofert.
7. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Oświadczam, że dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi do udzielania świadczenia będącego przedmiotem postępowania, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny gwarantujący skuteczną diagnostykę, spełniającą wymagania określone przepisami prawa oraz wymogami NFZ w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych z dziedziny obejmującej przedmiot postępowania konkursowego, a także środki łączności niezbędne do prowadzenia działalności.
9. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego.
10. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu.
11. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Zamawiającego.
13. Oświadczam, że ..................................................................................... nie jest w stanie

(nazwa oferenta)

likwidacji.

1. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie toczy się postępowanie upadłościowe.
2. Oświadczam, że podana oferta cenowa jest traktowana jako ostateczna do zapłaty i będzie utrzymana przez cały okres obowiązywania umowy.
3. 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.
4. Oświadczam, że w razie spadku cen na rynku lub ustalenia przez płatnika (NFZ) ceny świadczenia objętego przedmiotem niniejszej oferty na poziomie niższym niż cena zawarta w ofercie dokonam korekty cen do poziomu ustalonego na rynku lub przez płatnika ( NFZ).
5. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia OC. 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.
6. Oświadczam, że jestem / nie jestem płatnikiem\* podatku od towarów i usług VAT.
7. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności.
8. 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](mailto:efaktury@zdrowie.walbrzych.pl)\*

c)     Platformę Elektronicznego Fakturowania

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

.

……………………..…………….………………………………………

data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

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

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

(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

……………………..…………….………………………………………

data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych