## O F E R T A

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

Dotyczy: udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu teleradiologii polegających na opisywaniu badań obrazowych wykonanych rzez Szpital i przekazywanych w drodze transmisji danych do Przyjmującego Zamówienie oraz zwrotnym przekazaniu tą drogą wykonanych opisów badań.

1. **Dane Oferenta**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

…………………………………………………………………………………………………

Numer wpisu do właściwego rejestru / organu rejestrowego:

…………………………………………………………………………………………………

NIP:

……………………………………….

REGON:

……………………………………….

KRS:

……………………………………….

Adres:

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

Telefon: e-mail

………………………………………… …………………………………………...

Oferujemy wykonywanie świadczeń z zakresu teleradiologii zgodnie z cenami zawartymi w załączniku nr 2 do SWKO – formularz cenowy do oferty.

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 wraz z załącznikami, który stanowi załącznik nr 4 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 sprzętem gwarantującym skuteczną realizację świadczenia będącego przedmiotem postępowania konkursowego oraz niezbędne środki łączności.
9. Oświadczam, że spełniam warunki wskazane w załączniku nr …… do SWKO.
10. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego.
11. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu.
12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
13. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Zamawiającego.
14. 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 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.
5. Oświadczam, że jestem / nie jestem płatnikiem podatku od towarów i usług VAT.
6. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności.
7. Oświadczam, że za wykonaną usługę faktura będzie dostarczona (\*zaznaczyć właściwe):
8. Na wskazany przez Zamawiającego adres e-mail\*

b)     Na adres [efaktury@zdrowie.walbrzych.pl](mailto:efaktury@zdrowie.walbrzych.pl)\*

.

……………………..…………….………………………………………

data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

**III. Kryterium oceny**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium ofertowe** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań (zaznaczyć „X” )** | | **Waga punktowa** | **Przyznane punkty (wypełnia Zamawiający)** |
| 1. | Ciągłość  w udzielaniu świadczeń | powyżej 10 lat |  | **20 pkt.** |  |
| od 6 do 10 lat |  | **15 pkt.** |  |
| do 5 lat |  | **10 pkt.** |  |
| 2. | Jakość | referencje z 5 i więcej podmiotów leczniczych |  | **20 pkt.** |  |
| referencje z 4 podmiotów leczniczych |  | **15 pkt.** |  |
| referencje z 3 podmiotów leczniczych |  | **10 pkt.** |  |
| 3.\* | Cena | oferta z najniższą ceną za proponowane ogółem świadczenia |  | **60 pkt.** |  |
| oferta z wyższą ceną za proponowane ogółem świadczenia |  | **25 pkt.** |  |
|  |

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

……………………..…………….………………………………………

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