## O F E R T A

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. DRA

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**na zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania**

 **badań genetycznych**

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 genetycznych zgodnie z przedstawionym cennikiem (załącznik nr 2 do SWKO), który następnie będzie stanowił załącznik nr 1 do umowy.

 ………………… ………………………………………………

 data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

1. **Spełnienie wymagań do kryterium oceny złożonej oferty.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Kryterium ofertowe** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań (zaznaczyć „X” )** | **Waga punktowa** | **Przyznane punkty** |
| 1. | Jakość | certyfikat ISO 9001:2015 + ISO 15189:2022 |  | **20 pkt.** |  |
| certyfikatISO 9001:2015 |  | **15 pkt.** |  |
| certyfikatISO 15189:2022 |  | **15 pkt.** |  |
| 2. | Ciągłość w udzielaniu świadczeń w zakresie wykonywania badań molekularnych | powyżej 10 lat |  | **20 pkt.** |  |
| od 5 do 10 lat |  | **10 pkt.** |  |
| poniżej 5 lat |  | **5 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 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:
9. odpowiednimi warunkami lokalowymi do udzielania świadczenia będącego przedmiotem postępowania,
10. wyposażeniem w aparaturę i sprzęt medyczny gwarantujący skuteczną diagnostykę oraz posiadający wsparcie techniczne autoryzowanego serwisu,

spełniającymi 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.

1. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego.
2. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych pozwalających do pełnej realizacji przedmiotu konkursu i kierownika laboratorium posiadającego specjalizację odpowiadającą przedmiotowej działalności **tj. specjalisty laboratoryjnej genetyki medycznej**.
3. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli NFZ stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów oraz do kontroli innych uprawnionych organów i osób.
4. Oświadczam, że wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przez Zamawiającego.
5. 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 w razie zmiany cen przez płatnika (NFZ) w trakcie trwania umowy, dokonam stosownej korekty w obowiązującym do umowy cenniku.
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:

 a)     W wersji papierowej na adres Udzielającego Zamówienia \*

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

1. Ponadto oświadczam, że posiadam:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki graniczne do badań genetycznych** | **Sposób spełnienia wymagania****TAK/NIE** |
| **1.** | **Certyfikaty (nie starsze niż za rok 2022):**1. Aktualne certyfikaty europejskiego programu kontroli jakości poświadczające pozytywne przejście kontroli dla badań fuzje NTRK1, NTRK2, NTRK3 techniką NGS – program lekowy B144
2. Aktualne certyfikaty europejskiego programu kontroli jakości poświadczające pozytywne przejście kontroli dla badań KRAS, NRAS, BRAF oraz MSI – program lekowy B4
3. Aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości poświadczający pozytywne przejście kontroli dla badań mutacji EGFR i KRAS oraz rearanżacji genów ALK i ROS1 techniką NGS – program lekowy B6
4. Aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości poświadczający pozytywne przejście kontroli dla badań mutacji genu EGFR metodą PCR - program lekowy B6
5. Aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości poświadczający pozytywne przejście kontroli dla badań rearanżacji genu ALK metodą FISH - program lekowy B6
6. Aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości poświadczający pozytywne przejście kontroli dla badań rearanżacji genu ROS1 metodą FISH -program lekowy B6
7. Aktualny certyfikat europejskiego programu kontroli jakości poświadczający pozytywne przejście kontroli dla ekspresji antygenu PDL1 -program lekowy B6
 |  |
| **2.** | **Warunki lokalowe:**Wymagania minimalnie to:1. Punkt przyjęcia i rozdziału materiału do badań.2. Wydzielone pomieszczenie laboratoryjne (Mol — badania technikami molekularnymi, ISH — badania techniką fluorescencyjnej hybrydyzacji in situ FISH, ewentualnie CISH/SISH) do:a) izolacji kwasów nukleinowych (Mol; FISH — jeśli stosuje),b) amplifikacji kwasów nukleinowych oraz elektroforezy (Mol),c) pokój sekwencjonowania (Mol — jeśli dotyczy),d) przeprowadzania procedury z możliwością zaciemnienia pomieszczenia (FISH),e) analizy w mikroskopie fluorescencyjnym z możliwością zaciemnienia (FISH).3. Pomieszczenie administracyjno-biurowe.4. Pomieszczenia socjalne i sanitarne |  |
| **3.** | **Sprzęt zapewniający jakość świadczeń:** - komora laminarna, - wyciąg chemiczny, - wirówki, termocykler, - sekwenator sangerowski, - sekwenator NGS, - mikrotom,- mikroskop. |  |

 ………………… ………………………………………………

 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

\* - należy zaznaczyć właściwą odpowiedź