

Załącznik nr 3 do uchwały
Zarządu Szpitala Grochowskiego nr 64/VI/2022
z dnia 27.04.2022 r

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie:

.....

Adres Przyjmującego zamówienie : ulica nr.....

Kod pocztowy : Miejscowość:.....

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

Nr wpisu do rejestru:

Nr NIPREGON

II. Oferuję realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej wraz z oceną histopatologiczną.

1. Stawka netto/brutto za wykonanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej wraz z oceną histopatologiczną: zł netto/brutto (słownie:.....00/100 gr.)
2. Świadczenie zdrowotne wykonywane będzie według potrzeb **Udzielającego zamówienia**, w terminach (dni i godziny) ustalonych między Stronami w siedzibie Szpitala Grochowskiego w Warszawie zaś ocena wycinka histopatologicznego w siedzibie **Przejmującego zamówienie**.
3. **Przyjmujący zamówienie** zapewni prawidłową komunikację elektroniczną pomiędzy **Udzielającym zamówienia** a osobą wykonującą opis badania u **Przyjmującego zamówienie**.
4. Adres siedziby, w której wykonywane będą badania histopatologiczne objęte zakresem umowy:.....
5. Termin realizacji zamówienia: od daty zawarcia **umowy do 31 maja 2023 r.**
6. Termin płatności: 30 dni od daty dostarczenia do **Udzielającego zamówienia** prawidłowo wystawionej faktury.
7. **Przyjmujący zamówienie**, zobowiąże się do przygotowania miesięcznych zestawień wykonywanych badań z uwzględnieniem danych osobowych pacjenta (imię, nazwisko, PESEL),

Zaufaj nam - będziesz pod opieką i fachową opieką!

- komórki zlecającej, określeniem rodzaju badania i daty wykonania świadczenia oraz imiennie i nazwiskiem lekarza zlecającego. Zestawienia będą dołączone do każdej faktury.
8. Oświadczam(y), że w cenie oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty (transport, materiały, leki, parafinę do zabezpieczenia pobranych wycinków itp.), związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, niezbędne dla prawidłowego i pełnego wykonania świadczeń zdrowotnych.
 9. Oświadczam(y), że związani jesteśmy ofertą do dnia **31 maja 2022 r.**
 10. Oświadczam(y), że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązuje(my) się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez **Udzielającego Zamówienia.**

III. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:

- 1) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
- 2) spełnia wszystkie warunki i wymagania określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 3) dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń. Pozostające w dyspozycji **Przyjmującego zamówienie** pomieszczenia spełniają określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26.03.2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tekst jednolity wprowadzony **OBWIESZCZENIEM MINISTRA ZDROWIA** z dnia 17 stycznia 2022 r. w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą).
- 4) dysponuje aparaturą i sprzętem medycznym oraz środkami łączności niezbędnymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń.
- 5) posiada uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- 6) posiada personel posiadający wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 7) zobowiązuje się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa i zaleceń Polskiego Towarzystwa Patologów oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności oraz personel realizujący świadczenia zdrowotne posiada wiedzę medyczną potwierdzoną wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń;
- 8) na dzień podpisania umowy zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na kwotę nie niższą niż na wysokość minimalną określoną w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;
- 9) dysponuje odpowiednim potencjałem do wykonania zamówienia;
- 10) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;

- 11) nie podlega wykluczeniu z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 6 „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 12) Wyraża zgodę na poddanie się kontroli przeprowadzonej przez **Udzielającego Zamówienia** i NFZ w zakresie objętym umową. Zobowiązuję się do spełnienia innych wymagań NFZ, których konieczność wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy.
- 13) Zapoznał się i akceptuje wzór umowy, stanowiący **załącznik nr 4** do Szczegółowych warunkach konkursu ofert.
- 14) Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składa ze świadomością odpowiedzialności karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia. Wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
- 15) wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszej procedurze (jeśli powstał taki obowiązek);
- 16) jest świadom zakresu wykorzystywania i przetwarzania danych osobowych przez **Udzielającego Zamówienia** w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności związanych z przeprowadzeniem konkursu ofert ustawą o dostępie do informacji publicznej.

IV. Inne/dodatkowe informacje

Załączniki do Oferty: *

1. Wypełniony formularz cenowy – zgodny z wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO,
 2. kserokopia polisy ubezpieczeniowej lub oświadczenie o dostarczeniu kopii polisy ubezpieczeniowej w dniu podpisania umowy,
 3. odpis z KRS / wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
 4. zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
 5. kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe,
 6. kserokopia prawa wykonywania zawodu,
 7. kserokopie dyplomów specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe,
 8. kserokopia wpisu do rejestru w KIDL w dziale laboratoria,
 9. kserokopia Licencji Komisji Polskiego Towarzystwa Patologów ds. Licencjonowania Zakładów/Pracowni Patomorfologii Certyfikat Jakości wykonywanych badań histopatologicznych,
 10. oświadczenie o systemie kontroli jakości badań
- (*) niepotrzebne skreślić

.....

podpis