**Załącznik nr 2 do SKWO**

**OFERTA**

**DLA**

**UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM MEDYCYNY MORSKIEJ I TROPIKALNEJ**

Nazwa firmy Oferenta

………………………………………………............................…….......……………….....................................

Adres siedziby Oferenta (kod pocztowy)

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

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

**nr tel.:** ........................................................................................

**adres e-mail:**.........................................................

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: ............................................................

nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego/ wpis do Ewidencji Działalności Gospodarczej: ...........................................………....

nr statystyczny **REGON**: .......................................,

nr Identyfikacji Podatkowej **NIP**: ………………................

Nazwisko i imię oraz stanowisko osób uprawnionych do reprezentowania w postępowaniu:

………………………………………..… e mail: ……………………………………….… nr tel: …………………………

Nazwisko i imię oraz stanowisko osób uprawnionych do podpisania umowy w postępowaniu:

………………………………………..… e mail: ……………………………………….… nr tel: …………………………

Nazwisko i imię osób do kontaktu w sprawie realizacji umowy:

………………………………………..… e mail: ……………………………………….… nr tel: …………………………

* + 1. Oświadczam, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w postępowaniu nr DZ.0610.05.2024.SZ.UCMMiT na wykonywanie świadczeń zdrowotnych **w zakresie diagnostyki obrazowej za pomocą rezonansu magnetycznego,** działając w imieniu OFERENTA wskazanego powyżej składam ofertę na wykonanie świadczeń za cenę łączną jak niżej:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Wartość zł. netto** | **VAT %** | **Wartość zł. brutto** |
|  |  |  |

Ceny jednostkowe wykonania badań zaoferowano w załączonym do oferty wypełnionym Formularzu ofertowo - cenowym**.**

Oświadczam, że w cenie ofertowej uwzględniono (wkalkulowano) odpowiednią wysokość minimalnego wynagrodzenia za pracę albo wysokość minimalnej stawki godzinowej, ustalonego na podstawie ustawy z dnia 10 października 2002 r. o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.

**Oświadczam, że:**

1. **Posiadam\* / nie posiadam\*** certyfikat/-u\* /certyfikaty/-ów jakości wydany przez jednostkę uprawnioną dla świadczeń objętych przedmiotem postępowania **– w załączeniu**
2. Wykonam badania określone w SWKO:

wszystkie określone w Formularzu ofertowo-cenowym

częściowo w zakresie poz. ………………. Formularza ofertowo-cenowego,

1. **Czas pracy wynosi:**

**od godz. 09.00 do godz. 19.00,**

**24 godz. na dobę,**

1. w dniu złożenia oferty realizuję:

świadczenia zdrowotne w ramach umów z Podmiotami Leczniczymi, w zakresie badań wskazanych w niniejszym postępowaniu, w miejscu wskazanym w ofercie nieprzerwanie **od 2 lat**,

świadczenia zdrowotne w ramach umów z Podmiotami Leczniczymi, w zakresie badań wskazanych w niniejszym postępowaniu, w miejscu wskazanym w ofercie nieprzerwanie **od 6 miesięcy**.

*(□ zaznaczyć odpowiednio „X”)*

* + 1. Oświadczam w imieniu Oferenta, iż:

1. **minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych: …………**
2. zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, i nie wnoszę do nich zastrzeżeń;
3. zapoznałem się z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej;
4. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania **diagnostyki obrazowej za pomocą rezonansu magnetycznego**, będących przedmiotem niniejszego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej oraz ustawy z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej;
5. jestem zarejestrowany we właściwym rejestrze działalności leczniczej, a także rejestrze (ewidencji) prowadzonej działalności gospodarczej;
6. dysponuję **wiedzą i doświadczeniem** niezbędnym do wykonywania świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu ofert, **na dowód czego przedkładam wraz z ofertą WYKAZ DOŚWIADCZENIA -załącznik nr 5 do SWKO;**
7. dysponuję niezbędnym **potencjałem osobowym** uprawnionym do wykonywania czynności badań będących przedmiotem niniejszego konkursu ofert**, na dowód czego przedkładam wraz z ofertą WYKAZ OSÓB -załącznik nr 4 do SWKO;**
8. dysponuję niezbędnym **potencjałem technicznym** spełniającym wszelkie wymagania przewidziane w obowiązującym porządku prawnym dla pomieszczeń i urządzeń, **, na dowód czego przedkładam wraz z ofertą WYKAZ PRACOWNI/PODMIOTÓW i WYKAZ SPRZĘTU/WYPOSAŻENIA - załącznik nr 6 i 7 do SWKO;**
9. posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem konkursu, na kwotę określoną zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów*w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą* 29 kwietnia 2019 r. oraz oświadczam,że będę kontynuował to ubezpieczenie w całym okresie obowiązywania umowy zawartej z Udzielającym zamówienia na realizację świadczeń zdrowotnych, a kopię polisy bądź innego dokumentu potwierdzającego posiadanie ubezpiecznia przekażę Udzielajacemu zamówienie na każde jego wezwanie przed podpisaniem umowy oraz w trakcie jej obowiązywania;
10. zapoznałem się z warunkami umowy, w tym z warunkami płatności i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń;
11. w przypadku wybrania mojej oferty jako najkorzystniejszej, w terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia podpiszę umowę na warunkach określonych w ogłoszeniu i Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, za cenę wskazaną w ofercie i w załącznikach do niej;
12. zobowiązuje się realizować umowę z należytą starannością, zgodnie z SWKO oraz treścią umowy;
13. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.
    * 1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:**
         1. Formularz ofertowo-cenowy
         2. Wykaz osób
         3. Wykaz doświadczenia
         4. Opinia\* /Opinie\* / Referencja\*/ Referencje\* odbiorcy/ów zrealizowanych i wykazanych świadczeń przez oferenta w załączniku nr 4
         5. Wykaz pracowni
         6. Wykaz sprzętu/wyposażenia laboratorium
         7. **Certyfikat/certyfikaty jakości wydany przez jednostkę uprawnioną dla świadczeń objętych przedmiotem postępowania**

\*niepotrzebne skreślić

………………………………………………

data i podpis oferenta

**Załącznik nr 3 do SWKO**

................................................................................ miejscowość , data

pieczęć firmowa oferenta – nazwa adres

**WYKAZ OSÓB**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Oferent dysponuje:** | **Imię i nazwisko osoby** | **Kwalifikacje zawodowe (wykształcenie, specjalizacje, inne)** | **Doświadczenie – lata pracy w** pracowniach MRI |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |

Zobowiązuję się, że przez cały okres obowiązywania umowy z Udzielającym niniejszego zamówienia, usługi zamówione w niniejszym postępowaniu, świadczone będą przez personel o ww. wskazanych kwalifikacjach i doświadczeniu.

Data i podpis oferenta:………………………………

**Załącznik nr 4 do SWKO**

................................................................................ miejscowość , data

pieczęć firmowa oferenta – nazwa adres

**WYKAZ DOŚWIADCZENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Przedmiot świadczenia-opis rodzaju zrealizowanych świadczeń*** | ***Odbiorca***  ***(dokładna nazwa i adres oraz tel. kontaktowy)*** | ***Okres wykonywania świadczenia, od dzień-miesiąc-rok do dzień-miesiąc-rok) - oferent dokładnie określa jak długo kontrakt jest wykonywany- jeśli nie zakończony lub w jakim czasie został wykonany - jeśli zakończony*** |
| ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

W załączeniu dokumenty potwierdzające, że **ww**. **świadczenia** zostały wykonane z należytą starannością, podpisane przez osoby uprawnione do reprezentacji odbiorcy ww. świadczeń.

Data i podpis oferenta .......................................................

**Załącznik nr 5 do SWKO**

................................................................................ miejscowość , data

pieczęć firmowa oferenta – nazwa adres

**WYKAZ PRACOWNI/PODMIOTÓW**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełna nazwa wyznaczonego do realizacji zamówienia pracowni (czas pracy od do)** | **Adres wskazanego w kol. Nr 1 pracowni** | **Nr w rejestrze podmiotów leczniczych** | **Czy Oferent wykonuje pełen zakres badań według zamówienia:**  **TAK / NIE** | **Jeśli pracownia nie jest własnością oferenta wskazać podstawę prawną dysponowania nim** |
| *0* | *1* | *2* | *4* | *5* | *6* |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Data i podpis oferenta ………………………………

**Załącznik nr 6 do SWKO**

................................................................................ miejscowość , data

pieczęć firmowa oferenta – nazwa adres

**WYKAZ SPRZĘTU/WYPOSAŻENIA**

Oświadczamy, że dla celów realizacji świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu posłużymy się niżej wymienionym sprzętem:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa sprzętu, /typ/producent | Ilość sztuk | Lokalizacja aparatu |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Data i podpis oferenta ……………………………………..