**Załącznik nr 3 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.0610.02.2024.SZ.UCMMiT na wykonywanie świadczeń zdrowotnych polegających **na wykonywaniu badań w zakresie diagnostyki histopatologicznej,** 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 ……… (szt.) licencji Polskiego Towarzystwa Patologów, na wykonywanie:
2. badań histopatologicznych,
3. immunohistochemicznych,
4. cytologicznych, dla cytologii aspiracyjnej i cytologii ginekologicznej z szyjki macicy,
5. Wykonam badania określone w SWKO (1-9):

wszystkie w lokalizacji Uz (bez podwykonawstwa) bez transportowania materiału do badań poza lokalizację Uz,

częściowo przez laboratoria poza lokalizacją Uz wpisane w rejestrze oferenta,

częściowo przez podwykonawców wpisanych jako podwykonawcy w rejestrze oferenta,

1. Czas pracy każdego laboratorium wykonującego badania z przedmiotowego zakresu (1-9) wynosi:

co najmniej 5 dni w tygodniu, co najmniej 8 godzin dziennie,

mniej niż 5 dni w tygodniu lub mniej niż 8 godzin dziennie,

1. w dniu złożenia oferty realizuję:

świadczenia zdrowotne w ramach umów z Podmiotami Leczniczymi mającymi umowy z NFZ, w zakresie badań wskazanych w niniejszym postępowaniu 1-9, w miejscu wskazanym w ofercie,

świadczenia zdrowotne w ramach umów z Podmiotami Leczniczymi mającymi umowy z NFZ, w zakresie badań wskazanych w niniejszym postępowaniu, w miejscu wskazanym w ofercie nieprzerwanie **od 3 lat**,

świadczenia zdrowotne w ramach umów z Podmiotami Leczniczymi mającymi umowy z NFZ, w zakresie badań wskazanych w niniejszym postępowaniu, w miejscu wskazanym w ofercie nieprzerwanie **od 5 lat**.

*(□ 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 czynności diagnostyki laboratoryjnej, 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, w szczególności posiadam laboratorium wpisane do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych**, na dowód czego przedkładam wraz z ofertą WYKAZ LABORATORIÓW/PODMIOTÓW i WYKAZ SPRZĘTU/WYPOSAŻENIA LABORATORIÓW** **- załącznik nr 6 i 7 do SWKO;**
9. nie znajduję się w upadłości ani nie została w stosunku do firmy otwarta likwidacja,
10. znajduję się w **sytuacji finansowej i ekonomicznej** zapewniającej należyte wykonanie zamówienia, w tym nie zalegam na dzień składania oferty, w płaceniu składek, opłat i podatków w ZUS i w Urzędzie Skarbowym, **na dowód czego przedkładam stosowne zaświadczenia**;
11. posiadam aktualne ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem konkursu (z zakresu diagnostyki laboratoryjnej), 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;
12. zapoznałem się z warunkami umowy, w tym z warunkami płatności i nie wnoszę żadnych zastrzeżeń;
13. 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 oraz przeszkolę wyznaczony personel Udzielającego zamówienia w obsłudze użyczonego oprogramowania komputerowego, wykorzystującego kodowanie kreskowe, które to oprogramowanie zainstaluję na wskazanych komputerach Uz w celu elektronicznej rejestracji badań, umożliwiającej zlecanie, przeglądanie, przesyłanie wyników badań od Przyjmującego zlecenie (zwanego dalej też oferentem), drogą elektroniczną – w cenie oferty;
14. w terminie wskazanym w SWKO użyczę czytników laserowych do wykorzystania w miejscach odbioru materiału do badań w celu wprowadzania kodów do systemu informatycznego.
15. zobowiązuje się realizować umowę z należytą starannością, zgodnie z SWKO oraz treścią umowy;
16. uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.
    * 1. Załączniki do oferty:
         1. Opis systemów wewnętrznej i zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych badań,
         2. Szczegółowy opis schematu realizacji świadczeń medycznych,
            + w tym szczegółowy opis dotyczący prawidłowego przygotowania materiałów kierowanych do badań, opis zasad transportu materiałów, w tym wytyczne dotyczące pobierania, pakowania, przechowywania i transportowania materiału do badań,
            + oraz szczegółowe opisy procedur medycznych stosowanych przez oferenta podczas wykonywania badań z określeniem ilości pobieranych wycinków z kierowanych do badań materiałów tkankowych z poszczególnych narządów.
         3. Formularz ofertowo-cenowy
         4. Wykaz osób
         5. Wykaz doświadczenia
         6. Wykaz laboratoriów
         7. Wykaz sprzętu/wyposażenia laboratorium

………………………………………………

data i podpis oferenta

**Załącznik nr 4 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 histopatologicznych |
| **I.** | PERSONEL LEKARSKI | x | x | x |
| 1. | specjalista patomorfolog |  |  |  |
| 2. | specjalista patomorfolog |  |  |  |
| 3. | specjalista patomorfolog (hematoonkolog) |  |  |  |
| II. | DIAGNOŚCI LABORATORYJNI | x | x | x |
| 1. | Cytodiagnosta |  |  |  |
| 2. | Cytodiagnosta |  |  |  |

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 5 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 6 do SWKO**

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

pieczęć firmowa oferenta – nazwa adres

**WYKAZ LABORATORIÓW/PODMIOTÓW**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Pełna nazwa wyznaczonego do realizacji zamówienia laboratorium/ podmiotu (czas pracy od do)** | **Adres wskazanego w kol. Nr 1 laboratorium /podm.** | **Nr wpisu w Ewidencji Laboratoriów /podm. prowadzonym przez KRDL** | **Nr w rejestrze podmiotów leczniczych** | **Wyznaczony zakres świadczonych przez laboratorium /podm. w ramach części usług:** | **Jeśli laboratorium /podm. nie jest własnością oferenta wskazać podstawę prawną dysponowania nim** |
| *0* | *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

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

**Załącznik nr 7 do SWKO**

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

pieczęć firmowa oferenta – nazwa adres

**WYKAZ SPRZĘTU/WYPOSAŻENIA LABORATORIUM, w tym OPROGRAMOWANIA KOMPUTEROWEGO**

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Nazwa sprzętu, w tym komputerowego/typ/producent | Ilość sztuk | Zainstalowane na komputerze oprogramowanie robocze - nazwa (jeśli dotyczy) | Nazwa zainstalowanego programu rejestracji badań, umożliwiającego zlecanie, przeglądanie, przesyłanie wyników badań od Przyjmującego zlecenie, drogą elektroniczną na aktywnych arkuszach badań  (jeśli dotyczy) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Oświadczamy, że zainstalujemy na czas obowiązywania umowy w miejscach wskazanych w siedzibie Udzielającego zamówienie, odpowiednią ilość programów/licencji, (rejestracji badań, umożliwiającym zlecanie przeglądanie, przesyłanie wyników badań od i do Przyjmującego zlecenie), oraz przeszkolimy personel Udzielającego zamówienie z zakresu obsługi sprzętu i systemu komputerowego.

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