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

# miejscowość ,data

Samodzielny Zakład Opieki Zdrowotnej

w Garwolinie

# O F E R TA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych okresie od 1 marca 2024 do 28 lutego 2026 r. na rzecz SPZOZ w Garwolinie

Nazwa podmiotu leczniczego ....................................................................................................

……………………………………………………………………………………………………………

Adres podmiotu...........................................................................................................................

NIP\*.............................................................................................................................................

REGON\*.....................................................................................................................................

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą o którym mowa w art. 100 i 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej.............................................., prowadzonym przez …………………………………………………………………………………….......................

Dane dotyczące wpisu do właściwego rejestru związanego z prowadzeniem działalności gospodarczej\*,tj.: nazwa rejestru ……………………………………………………….................., prowadzonego przez\*\* …………..………………………………...................................................

numer wpisu\*\*………………...

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu

podmiotu\*\*\*.................................................................................................................................

\*w przypadku spółki cywilnej należy podać numery i dane każdego ze wspólników. W przypadku braku miejsca dane można umieścić w formie załącznika do oferty. Do oferty należy dołączyć kopie dokumentów dla każdego wspólnika.

\*\* - nie dotyczy podmiotów potwierdzających prowadzenie działalności gospodarczej wydrukiem z CEIDG.

\*\*\*zgodnie z pkt.7 działu VI Szczegółowych warunków konkursu ofert

**OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. Zapoznał się z treścią głoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w swojej siedzibie w………………………………………………………………………………………..…………

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

……………………………………………………………………………………………………

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

(nazwa i adres komórki organizacyjnej /komórek organizacyjnych, w której/ych wykonywane będą świadczenia)

1. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC).
2. Przy realizacji świadczeń zatrudniać będzie personel medyczny w liczbie i kwalifikacjach wskazanych w załączniku do oferty.
3. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wykorzystywać będzie sprzęt medyczny dopuszczony do używania w jednostkach ochrony zdrowia w świetle aktualnych przepisów.
4. Przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem stosować będzie wyroby medyczne dopuszczony do używania w jednostkach ochrony zdrowia w świetle aktualnych przepisów.
5. Materiał do badań będzie odbierany …..razy w tygodniu w umówione dni,
6. Wyniki badań będą dostarczane do siedziby Udzielającego zamówienie w terminie …..dni od dnia odebrania materiału do badań.
7. Wartość oferty

|  |  |
| --- | --- |
| **Wartość brutto oferty** |  |

Słownie wartość oferty brutto: ....................................................................................................

............................................................................................................................................ PLN

***ZAŁĄCZNIKI:***

1. *………………………………*
2. *………………………………………………*

*i następne*

***Uwaga: należy oznaczyć i wymienić wszystkie załączniki, zgodnie z wymogami wskazanymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert***

…………………………………………...............…………

(*podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionej/ych do podpisania i złożenia oferty*)