Załącznik Nr. 1 FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY Dane dotyczące wykonawcyNazwa wykonawcy .................................................................................................Adres wykonawcy .................................................................................................Miejscowość ................................................ Data .....................Adres poczty elektronicznej: ................................................ Strona internetowa: ................................................ Numer telefonu: ................................................ Numer faksu: ................................................ Numer REGON/KRS/CEIDG: ................................................Numer NIP/PESEL: ................................................ Dane dotyczące zamawiającego**SPZOZ MIEJSKO-GMINNY OŚRODEK ZDROWIA**

z siedzibą w Sośnicowicach 44-153, przy ulicy Gliwicka 28.

NIP 969 11 59 161

**Zobowiązania wykonawcy**Zgodnie z zaproszeniem do złożenia oferty w trybie konkursowym Nazwa zadania. Badania Laboratoryjne : Numer sprawy 1/K/2021, oferujemy wykonanie zamówienia, zgodnie z formularzem cenowym za cenę łączną :Wartość należy przenieść z formularza cenowego

cena netto...........................................................................................................zł (słownie: ..............................................................................................................)podatek VAT.......................................................................................................złcena brutto..........................................................................................................zł(słownie: ...............................................................................................................)

Termin płatności 30 dni Wraz z ofertą składam propozycję zapisów umowy

Punkt pobierania materiału do badan znajduje się w Sośnicowicach ul……………………

Czynny od …………… do ………………..

Oświadczam, że:Wykonam zamówienie systematycznie w okresie 12 miesięcy od podpisania umowy

Reklamacje

- sposób zgłaszania problemów w przypadku uzasadnionych reklamacji: .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... ..........

- załatwienie wykonania reklamacji: .......... .......... .......... .......... .......... .................... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... .......... Oświadczenie dotyczące ogłoszenia .

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy warunkami konkursu , nie wnosimy żadnych zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy niezbędne informacje do przygotowania oferty.2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych z ofertą przez czas wskazany w ogłoszeniu konkursu

3. Oświadczamy, że zapoznałem się z postanowienia umowy / wzór umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez zamawiającego. 4. Oferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wymagania określone w ogłoszeniu :

a) Zobowiązujemy się do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem z zachowaniem należytej staranności we własnych lokalach, przy pomocy własnego sprzętu medycznego i personelu medycznego o kwalifikacjach zawodowych koniecznych do właściwego wykonania przedmiotu zamówienia, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną, obowiązującymi standardami, przepisami ustawy o działalności leczniczej i ustawy o diagnostyce laboratoryjnej, przy zachowaniu wymogów określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w kontraktach zawartych z Zamawiającym

b)Oświadczamy , że laboratorium posiada/ją certyfikat jakości ISO 9001 i jest zarejestrowane w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych.

c) Oświadczamy, że sprzęt medyczny używany do wykonywania badań jest dopuszczony do obrotu

i użytkowania na terenie RP i posiada aktualne przeglądy techniczne.

5. Oświadczamy, że prowadzona dokumentacji medycznej związanej z udzielanymi świadczeniami oraz rejestracji pacjentów, na rzecz których wykonano badanie będzie przechowywana przez okres 10 lat.

6. Oświadczamy, że przyjmujący zamówienie wyraża zgodę na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie spełnienia wymagań co do realizacji przedmiotu umowy.

7. Oświadczamy , że posiadamy obowiązkowe ubezpieczenie OC z zakresu wykonywanej usługi.

Zastrzeżenie wykonawcyNiżej wymienione dokumenty składające się na ofertę, stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, nie mogą być udostępniane (wykonawca zobowiązany jest wykazać, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa):…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………Inne informacje wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… (data i czytelny podpis wykonawcy)\* niepotrzebne skreślić