**Załącznik nr 1**

 ...................., dnia ...................

Szpital Kliniczny

*Przemienienia Pańskiego*

UM im K. Marcinkowskiego w Poznaniu

*Ul. Długa ½*

*61-848 Poznań*

**FORMULARZ OfertOWY**

1. **Dane Oferenta (Przyjmującego zamówienie):**

**Nazwa:**

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

**Adres:**

……………………………………………………………………………………………

**Nr KRS** ……………………………………………

**NIP:** ……………………………………………….

**REGON:** …………………………………………

Nr księgi rejestrowej ( z rejestru prowadzonego przez Wojewodę)

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

Nr telefonu / Nr faxu ..........................................................

1. Osoby wyznaczone przez Oferenta do wykonywania czynności w niniejszym konkursie ofert

Osoba uprawniona do kontaktu z Przyjmującym zamówienie: ……………………………(imię i nazwisko) , tel ……………, email:……………………….

Osoba uprawniona do podpisania umowy ze strony Przyjmującego zamówienie……………………………(imię i nazwisko) , tel ……………, email:

1. **Oferuję wykonanie świadczeń objętych konkursem dla 500 pacjentów:**

**Cena – za wykonanie 1 badania ECHO serca...................................... zł**

**(słownie: .........................................................................................................................)**

**Cena – za wykonanie 1 badania elektrokardiogramu ...................................... zł**

**(słownie: .........................................................................................................................)**

**Cena – za wykonanie 1 badania/oznaczenia troponin we krwi ...................................... zł**

**(słownie: .........................................................................................................................)**

**Razem za komplet badań (Echo, elektrokardiogram, troponina): ……………………… zł**

**(słownie: .........................................................................................................................)**

1. Oferuję udzielenie świadczeń zdrowotnych zgodnie z warunkami konkursu.
Wykonanie pierwszego badania w terminie (podkreślić właściwe).:

**1. Do 14 dni kalendarzowych**

**2. Do 10 dni kalendarzowych**

**3. Do 7 dni kalendarzowych**

**4. Do 5 dni kalendarzowych**

Zlecone świadczenia wykonywane będą w Województwie Wielkopolskim pod adresem:

………………………………………….

W dniach: ………………………………………….

W godzinach: ………………………………………….

Nr telefonu, do komórki wykonującej świadczenia……………………………

1. Świadczenia objęte przedmiotem zamówieniem będą wykonywane przy pomocy personelu w liczbie i o uprawnieniach niezbędnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu, wynikające z odrębnych przepisów prawa

**Min. Ilość osób wyznaczonych do realizacji zamówienia:……………..**

1. **OŚWIADCZENIA**

**W odpowiedzi na ogłoszone postępowanie konkursowe dotyczące świadczeń zdrowotnych**

1. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami udzielenia zamówienia na realizację usługi będącej przedmiotem zamówienia, zawartymi w dokumentacji konkursowej i nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
2. Oferujemy realizację przedmiotowej usługi zgodnie z cenami określonymi w „Formularzu ofertowym”.
3. Akceptujemy zaproponowane przez udzielającego zamówienia warunki rozliczenia za wykonaną usługę.
4. Oświadczamy, iż oferowane przez nas świadczenia zdrowotne spełniają wszystkie wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia, określone przez Udzielającego zamówienie.
5. Posiadamy wyposażenie niezbędne do udzielania świadczeń objętych przedmiotem postępowania konkursowego a wszelkie świadczenia będą wykonywane przy użyciu materiałów i odczynników dopuszczonych do obrotu i spełniających wymagania określone w odrębnych przepisach
6. Posiadamy tytuł prawny do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanej do realizacji badań będących przedmiotem postępowania.
7. Oferowane świadczenia objęte umową wykonywane będą z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i standardami świadczenia usług medycznych, na wysokim poziomie jakościowym.
8. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
9. Informujemy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w dokumentacji konkursowej.
10. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składamy ze świadomością odpowiedzialności cywilnej i karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia.
11. w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez udzielającego zamówienia.

 …………………………………………………….

 Data i podpis przyjmującego zamówienie

Załączniki:

* + - 1. Załącznik nr 1 – Oświadczenie dot. spełniania warunków udziału w konkursie
			2. Załącznik nr 2 – Oświadczenie dot. posiadania ubezpieczenia OC
			3. Załącznik nr 3 - Oświadczenie o wypełnieniu obowiązków informacyjnych (RODO)