

Konkurs 2-2021 - Załącznik nr 2 do ogłoszenia

....., dn.....

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym Sp. z o.o.
w Warszawie z siedzibą przy ul. Mehoffera 72/74 w Warszawie w zakresie:

Wykonywania badań mikrobiologicznych przesiewowych w kierunku bakterii wytwarzających karbapenemazy typu: KPC, MBL, OXA -48 dla Pacjentów w Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ul. Mehoffera 72/74, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ul. Olchy 8, Zakładzie Opiekuńczo-Lecznicznym przy ul. Szubińskiej 4, wchodzących w skład Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Lecznicznego Spółka z o.o.

1. Nazwa Oferenta:.....
.....
2. Adres siedziby.....
(.....-.....)
3. Numer wpisu do właściwego rejestru*
4. NIP*
5. REGON*
6. Telefon:
7. E-mail:
8. Osoba do kontaktu:
9. Numer konta:

Osobą uprawnianą do podpisywania i złożenia oferty oraz podejmowania czynności związanych z prowadzonym postępowaniem konkursowym w imieniu Oferenta jest*:.....

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań mikrobiologicznych dla pacjentów przebywających w Stołecznym Centrum Opiekuńczo-Lecznicznym Sp. z o.o. w siedzibie Przyjmującego zamówienie na rzecz Udzielającego zamówienia w okresie 24-miesięcznym, wskazanym w ogłoszeniu o przeprowadzeniu konkursu, na warunkach określonych w projekcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

1. Zapoznał się z treścią Ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursów ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
2. Zapoznał się z przepisami prawa w przedmiotowym zakresie.
3. Posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje zawodowe* niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy oraz, że podda się kontroli NFZ w ramach świadczeń objętych przedmiotową umową.
4. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że jako podwykonawca świadczeń dla Stołecznego Centrum Opiekuńczo-Leczniczego Sp. z o.o. wykaże w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji /SZOI/ w Mazowieckim Oddziale Wojewódzkim Narodowego Funduszu Zdrowia zawartą z Udzielającym Zamówienia umowę podwykonawczą.
5. Uważa się za związanego ofertą przez 30 dni licząc od dnia otwarcia ofert.
6. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami NFZ, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p. poż., BHP, RODO.
7. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej* (OC) spełniające wymogi wynikające z rozporządzenia wydanego na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy o działalności leczniczej i zobowiązuje się do jego utrzymania przez cały okres trwania umowy.
8. Powierzonych świadczeń objętych umową udzielać będzie w okresie wskazanym w ogłoszeniu po przeprowadzeniu postępowania konkursowego.
9. Wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Dostarczy zestawy do pobrania badań zawartych w formularzu asortymentowo-cenowym w systemie zamkniętym (próżniowym).
11. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że dokona integracji systemów informatycznych Udzielającego i przyjmującego zamówienie.
12. Zobowiązuje się podpisać umowę powierzenia przetwarzania danych osobowych.

*Załączyć właściwe kopie dokumentów (poświadczone za zgodność z oryginałem)

CENA OFERTOWA

Formularz asortymentowo-cenowy badań laboratoryjnych

Lp.	Rodzaj badania	Ilość badań na 24 miesiące	Cena jednostkowa	Razem wartość zamówienia na okres 24 m-cy
1	Badanie mikrobiologiczne przesiewowe w kierunku bakterii wytwarzających karbapenemazy typu: KPC, MBL, OXA - 48	1800		
	RAZEM	n.d.	n.d.	

Słownie:.....
.....

- W cenie są zawarte wszystkie koszty, jakie ponosi Wykonawca przy realizacji przedmiotu zamówienia.
- Ceny są stałe w okresie związania umową.
- Wszystkie podane wyżej ceny są cenami w złotych, ostatecznymi i uwzględniają wymagania Zamawiającego, odnoszą się do przedmiotu zamówienia.
- Do oferty należy dołączyć pełną ofertę badań diagnostycznych wykonywanych w Państwa Zakładzie.
- Badania pobierane będą w systemie zamkniętym (próżniowym).
- Podana ilość badań jest ilością szacunkową w celu określenia maksymalnej wartości umowy, a ilość badań w trakcie realizacji umowy może ulec zmianie. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo niewykorzystania prognozowanej, maksymalnej ilości badań, a Przyjmujący zamówienie nie będzie sobie rościł praw z tego tytułu.
- W związku z planowanym przeniesieniem pacjentów z ZOL przy ul. Szubińskiej 4 do nowego pawilonu w ZOL przy ul. Mehoffera 72/74 w trakcie realizacji umowy Przyjmujący zamówienie uwzględni tę zmianę bez zastrzeżeń i dodatkowych kosztów po stronie Udzielającego zamówienie.

ZAŁĄCZNIKI:

1. Poświadczona kopia wpisu do właściwego rejestru Przyjmującego zamówienie,
2. Poświadczona kopia nadania numeru REGON,
3. Poświadczona kopia nadania numeru NIP,
4. Poświadczona kopia o kwalifikacjach personelu zatrudnionego do wykonywania świadczeń objętych zamówieniem,
5. Poświadczona kopia polisy OC lub oświadczenie złożone o przedłożeniu polisy,
6. Pełnomocnictwo – wyłącznie w przypadku złożenia oferty i reprezentacji Oferenta przez pełnomocnika,
7. Pełna oferta wykonywanych badań diagnostycznych.
8. Inne oświadczenia.

..... dnia.....

.....

(podpis i pieczęć Oferenta)