**Załącznik nr 1 do SWKO**

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

*/pieczęć adresowa Oferenta/ /Miejscowość/*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dotyczy udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań laboratoryjnych przez okres 24 miesięcy**

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Oferenta: |  |
| Adres (siedziba) Oferenta: |  |
| Województwo: |  |
| KRS: |  |
| NIP: |  |
| REGON: |  |
| Nr rachunku do rozliczeń pomiędzy zamawiającym a Oferentem |  |
| Osoba do kontaktu: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| e-mail: |  |

**Dane dotyczące zamawiającego**

Nazwa zamawiającego: Powiatowe Centrum Medyczne w Wołowie Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością w restrukturyzacji

Adres zamawiającego: ul. Inwalidów Wojennych 26Kod, miejscowość: 56-100 WołówNIP: 988-02-67-118

REGON: 020749596

KRS: 0000305310

Telefon: 71/380 58 01Faks: 71/389 27 99Adres poczty elektronicznej: sekretariat@pcm-wolow.plGodziny urzędowania: 7:00 – 14:35

1. **Oferuję wykonanie przedmiotu konkursu ofert za kwotę:**

**Pakiet nr 1 – Badania specjalistyczne**

Wartość brutto: ……………………………... zł

słownie: ……………………………

**Pakiet nr 2 – Mikrobiologia**

Wartość brutto: ……………………………... zł

słownie: ……………………………

**Pakiet nr 3 – Toksykologia**

Wartość brutto: ……………………………... zł

słownie: ……………………………

**Pakiet nr 4 – Histopatologia, cytologia**

Wartość brutto: ……………………………... zł

słownie: ……………………………

1. **Miejsce wykonywania usługi (dokładny adres):
Pakiet nr 1 – Badania specjalistyczne**

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

**Pakiet nr 2 – Mikrobiologia**

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

**Pakiet nr 3 – Toksykologia**

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

**Pakiet nr 4 – Histopatologia, cytologia**

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

1. **Ilość kilometrów od siedziby Udzielającego zamówienia (Laboratorium, al. Jerozolimskie 28, 56-120 Brzeg Dolny):**

**Pakiet nr 1 – Badania specjalistyczne** - ………………….. km

**Pakiet nr 2 – Mikrobiologia** - ………………….. km

**Pakiet nr 3 – Toksykologia** - ………………….. km

**Pakiet nr 4 – Histopatologia, cytologia** - ………………….. km

Ponadto:

1. *Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.*
2. *Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.*
3. *Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią umowy na udzielenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i wyrażam zgodę na jej zawarcie w tym brzmieniu w przypadku wyboru mojej oferty.*
4. *Oświadczam, że uważam się związana/y ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.*
5. *Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.*
6. *Oświadczam, że spełniam wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 3 marca 2004 r. w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne (Dz.U. z 2004 r. nr 43 poz. 408 z późn. zm.) oraz Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2006 r. w sprawie standardów jakości dla medycznych laboratoriów diagnostycznych i mikrobiologicznych (Dz.U.2019.1923 t.j.).*
7. *Oświadczam, iż posiadam doświadczenie zawodowe niezbędne do świadczenia usług w zakresie niniejszego postępowania oraz zatrudniam personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje.*
8. *Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO (1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. (\*)*

 *(1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*

*(\*)W przypadku gdy Oferent nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO, treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego skreślenie i dopisanie nie dotyczy).*

…………………………………

(miejscowość, data)

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

*podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

 *lub posiadających pełnomocnictwo*

**Załącznik nr 3 do SWKO**

Nazwa oferenta .................................................................................................

Adres oferenta ..................................................................................................

Miejscowość .............................................. Data .................................

**WYKAZ OSÓB, KTÓRE BĘDĄ UCZESTNICZYĆ W WYKONANIU PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**

- co najmniej 2 specjalistów z zakresu diagnostyki laboratoryjnej - dotyczy pakietu nr 1,

- co najmniej 1 specjalistę z zakresu mikrobiologii – dotyczy pakietu nr 2,

- co najmniej 1 specjalistę z zakresu toksykologii – dotyczy pakietu nr 3,

- co najmniej 1 specjalista z zakresu histopatologii – dotyczy pakietu nr 4,

Dysponuję/dysponujemy następującymi osobami, które będą wykonywać zamówienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe,****doświadczenie** | **Nr wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych** | **Wykształcenie** | **Zakres wykonywanych czynności** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

…………………………………

(miejscowość, data)

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

*podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie*

*uprawniającym do występowania w obrocie prawnym*

 *lub posiadających pełnomocnictwo*