

Pełna nazwa Oferenta:

.....
.....

Adres siedziby Oferenta:

.....
.....

NIP:

REGON:

Nazwa banku i nr konta bankowego:

.....

Nr telefonu:

e-mail:

Dane osoby upoważnionej

do kontaktowania się z Udzielającym Zamówienia:

.....

Nr telefonu:

e-mail:

Imię i nazwisko (funkcja) osoby upoważnionej do
podpisania umowy.....

.....

FORMULARZ O F E R T O W Y

*W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert, którego przedmiotem jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **teleradiologii - opis badań rtg i mammografii w oparciu o teleradiologię na rzecz pacjentów oraz kontrahentów 109 Szpitala Wojskowego z Przychodnią SP ZOZ w Szczecinie** składam ofertę w poniższym zakresie:*

Rodzaj Świadczenia - badania	Ilość*	Cena jednostkowa	Wartość (zł)
1	2	3	4 (2X3)
RTG Planowe - czas realizacji do 72 h	120 (10 szt/m-c x 12 m-cy)		
RTG CITO - czas realizacji do 2 h	2 400 (200 szt/m-c x 12 m-c)		
Mammografia - czas realizacji do 7 dni	240 (20 szt/m-c x 12 m-c)		
Razem brutto (kol. 4):	x	x	

słownie brutto:

..... zł

Uwaga !

Wskazanie w tabeli orientacyjne liczby badań **nie stanowią minimalnej ilości** jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Przyjmującemu zamówienie do wykonania w okresie obowiązywania umowy. Liczba badań została określona w sposób szacunkowy i nie jest wiążąca dla Udzielającego zamówienia

1. Oświadczam, że spełniam warunki jak niżej:

L.p.	Kryteria oceny	Potwierdzenie spełnienia kryteriów zakreślić TAK lub NIE
1.	Referencje więcej niż 2 podmiotów leczniczych dla których Przyjmujący Zamówienie świadczy lub świadczył usługi będące przedmiotem konkursu	TAK / NIE
2.	Zapewnienie minimum 4 lekarzy radiologów realizujących przedmiot zamówienia	TAK / NIE
3.	Udokumentowane doświadczenie z zakresu udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu powyżej 3 lat	TAK / NIE
4.	Zapewnienie osoby do kontaktu z Udzielającym zamówienia (Koordynatora), która dostępna będzie w dni robocze od poniedziałku do piątku w godzinach 7:30 –18:30 pod wskazanym w zawieranej	TAK / NIE

	umowie numerem telefonu	
--	-------------------------	--

2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia oraz zapewniam niezmiennosc cen przez cały okres trwania umowy.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udziałającym zamówienia.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadam przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że posiadam odpowiedni sprzęt do realizacji świadczeń postępowania konkursowego zgodnie z wymogami określonymi w załączniku nr 1 do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 stycznia 2023r. w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U.2023r.poz.195).
7. Oświadczam, że świadczeń zdrowotnych będzie udzielać osób posiadających kwalifikacje wykazane w Załączniku nr 2 do SWKO.
8. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) akceptuję wzór umowy, i zapisy w nim zawarte;
 - d) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
9. Oświadczam, że:
 - a) nie jestem obywatelem rosyjskim, osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem z siedzibą w Rosji;
 - b) nie jestem osobą prawną, podmiotem lub organem, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
 - c) nie jestem osobą fizyczną lub prawną, podmiotem lub organem działającym w imieniu lub pod kierunkiem: obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji lub osób prawnych, podmiotów lub organów, do których prawa własności bezpośrednio lub pośrednio w ponad 50% należą do obywateli rosyjskich lub osób fizycznych lub prawnych, podmiotów lub organów z siedzibą w Rosji;
 - d) nie jestem podmiotem/ podmiotami wymienionym/ wymienionymi w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. z 2022r. poz. 835);
 - e) podwykonawca lub podwykonawcy, dostawca lub dostawcy i podmiot lub podmioty, na których zdolności wykonawca polega, w przypadku, gdy przypada na nich 10% wartości zamówienia, nie należy lub nie należą do którejkolwiek z powyższych kategorii podmiotów.*
10. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
11. Oświadczam, że oferta składa się zponumerowanych stron.
12. Niniejszym informujemy, iż informacje składające się na ofertę, zawarte na stronach od do stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólnie udostępnione.
13. Integralną część oferty stanowią następujące dokumenty:

a/.....

b/.....

....., dnia

.....

(podpis osoby upoważnionej do reprezentacji)

*Jeśli dotyczy

Informacja dotycząca realizacji obowiązków wynikających z art. 13 Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z 27 kwietnia 2016r. (RODO).

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest 109 Szpital Wojskowy z Przychodnią SP ZOZ przy ul. Piotra Skargi 9-11, 70-965 Szczecin. Dane przetwarzane będą na podstawie art. 6 ust. 1 lit. c RODO w związku z właściwymi przepisami Ustawy o działalności leczniczej oraz Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych w celu przeprowadzenia postępowania w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, jak również zawarcia umowy na udzielanie w określonym zakresie świadczeń zdrowotnych oraz jej realizacji, a także udokumentowania postępowania i jego archiwizacji. Nadto w przypadku osoby, która będzie udzielać świadczeń zdrowotnych małoletnim lub będzie uczestniczyć w ich udzielaniu dane przetwarzane będą na podstawie art.10 RODO w zakresie określonym w Ustawie o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich. Dalsze informacje dot. przetwarzania Pani/Pana danych osobowych podane są na stronie internetowej www.109szpital.pl w zakładce RODO – informacje dot. ochrony danych osobowych.