*Pieczęć oferenta*

………..……………………

*Miejscowość, data*

**Centrum Medyczne Nadarzyn**

**Samodzielny Publiczny Gminy**

**Zakład Opieki Zdrowotnej w Nadarzynie**

**ul. Sitarskich 3**

**05-830 Nadarzyn**

**FORMULARZ OFERTOWY**

W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert z dnia 15.05.2025 r. **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej**, zgłaszam następującą ofertę:

1. **DANE OFERENTA:**

|  |
| --- |
| Nazwa firmy (lub imię i nazwisko) |
|  |
| Adres *(Miejscowość, kod pocztowy, ulica, nr lokalu)* |
|  |
| Telefon |  | Fax |  |
| E-mail |  |
| NIP |  | REGON |  |
| Zarejestrowany w |
| Nazwa rejestru/instytucji |  | pod nr |  |

1. **PRZEDMIOT OFERTY**
	1. Oferuję udzielanie następujących świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej **PAKIET 1** za cenę …………………. zł brutto za 48 miesięcy *zgodnie
	 z wypełnionym załącznikiem nr 1*
	2. Oferuję udzielanie następujących świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej **PAKIET 2** za cenę …………………. zł brutto za 48 miesięcy *zgodnie
	 z wypełnionym załącznikiem nr 1*
2. **OŚWIADCZENIA W ZAKRSIE KRYTERIÓW OCENY OFERT[[1]](#footnote-1)**
* **JAKOŚĆ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | akredytacja ISO 15189  | odpowiedź oferentaTAK/ NIE |
|  | posiadanie akredytacji ISO 15189  |  |
|  | deklaracja wdrożenia standardów bez akredytacji  |  |
|  | brak akredytacji i brak deklaracji  |  |

* **DOSTĘPNOŚĆ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Czas dostarczenia wyników standardowych | odpowiedź oferentaTAK/ NIE |
|  | za ≤24 godz. |  |
|  | 24-48 godz. |  |
|  | >48 godz. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Czas dostarczenia wyników pilnych  | odpowiedź oferentaTAK/ NIE |
|  | za ≤5 godz. |  |
|  | 5-8 godz. |  |
|  | >8 godz. |  |

* **KOMPLEKSOWOŚĆ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Realizacja usługi z udziałem podwykonawców  | odpowiedź oferentaTAK/ NIE |
|  | brak podwykonawców |  |
|  | 1 podwykonawca |  |
|  | >1 podwykonawca |  |

1. **POZOSTAŁE OŚWIADCZENIA**
	1. Oferuję dostarczenie do siedziby Udzielającego Zamówienie urządzeń zgodnie ze specyfikacją określoną w załączniku nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Asortyment | odpowiedź oferentaTAK/ NIE |
|  | Medyczna chłodziarka z przeszklonymi drzwiami, ilość – 2 szt. |  |
|  | Szafa chłodnicza ze stali nierdzewnej, ilość – 1 szt. |  |
|  | Chłodziarka laboratoryjna, ilość – 2 szt. |  |
|  | Urządzenia do samodzielnego wydruku wyników badań (e-Kioski), ilość – 3 szt. |  |

* 1. Oferent oświadcza, iż zapoznał się z treścią ogłoszenia „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń.
	2. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, aktualną wiedzą medyczną, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
	3. Oferent oświadcza, iż spełnia wymagania dotyczące medycznego laboratorium diagnostycznego zawarte w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, oraz kwalifikacji personelu z dnia 16 lipca 2024 r. (Dz. U. z 2024 r. poz. 1188).
	4. Oferent oświadcza, iż podlega obowiązkowemu ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej w zakresie wykonywanych usług medycznych.
	5. Oferent oświadcza, iż zapewnia:
		1. wykwalifikowaną kadrę do wykonywania analiz laboratoryjnych;
		2. odbiór materiału do badań w godz. 1100-1130;
		3. wykonanie badań CITO tego samego dnia do 5 h od momentu odbioru materiału
		z placówki Udzielającego Zamówienie;
		4. dostarczenie wyników badań rutynowych następnego dnia przy odbiorze kolejnej partii badań;
		5. dodatkowe terminy odbioru badań w godzinach popołudniowych min. 3 razy w tygodniu w godzinach 1500-1700;
		6. prawidłowy transport materiału do badań (lodówki z monitorowaną temperaturą)
		z placówek podległych organizatorowi konkursu bezpośrednio do laboratorium;
		7. laboratorium z wdrożonym systemem informatycznym umożliwiającym wykonywanie imiennych zestawień miesięcznych w podziale na przychodnie oraz lekarzy zlecających, umożliwiający obsługę zleceń w formacie zgodnym z HL7;
		8. wyniki badań będą zawierały imię i nazwisko pacjenta, jego PESEL, nazwisko lekarza kierującego na badanie oraz numer z listy dnia;
		9. udostępnienie funkcjonalności umożliwiającej pacjentom Udzielającego Zamówienie samodzielny podgląd wyników badań przez przeglądarkę www.
1. Oferent
	1. wyraża zgodę na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia, stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów;
	2. wyraża zgodę na poddanie się kontroli Udzielającego Zamówienie.
2. Oferent potwierdza termin ważności oferty 30 dni od terminu składania ofert.
3. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

*(zawarte w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert pkt VIII. )*:

* 1. ………………………………………………………………………………………
	2. ………………………………………………………………………………………
	3. ………………………………………………………………………………………
	4. ………………………………………………………………………………………
	5. ………………………………………………………………………………………
	6. ………………………………………………………………………………………
	7. ……………………………………………………………………………………….

………..…………………… ………..………………………………….………

*Miejscowość, data Podpis osoby reprezentującej oferenta*

1. W każdej tabeli tylko jeden raz należy udzielić odpowiedzi TAK. [↑](#footnote-ref-1)