Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

**NA ŚWIADCZENIE RELIZACJĘ PRAC TECHNICZNYCH Z ZAKRESU ORTODONCJI (KOMERCJI I NFZ)**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**

Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Bemowo–Włochy

01-315 Warszawa, ul. gen. Meriana C. Coopera 5, tel. 696 440 631, fax. 22 836 24 89

**DANE OFERENTA:**

1. Nazwa Oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym:

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

1. Dyrektor / Kierownik (imię i nazwisko):

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

1. Adres siedziby firmy (kod., miejscowość, ulica, numer domu)

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

1. Dane teleadresowe:

Numer telefonu ………………………………………………………...........................................................

Numer faksu …………………………………………………………………………………………………………

E-mail ………………………………………………………………………………………………………………...

1. Numer NIP …………………………………………………………………………………………………………..
2. Numer REGON ……………………………………………………………………………………………………..
3. Numer KRS ………………………………………………………………………………………………………….
4. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej Wojewody / Ministra Właściwego do spraw zdrowia: ……………………………………………………………………………………………………………...
5. Nazwa banku: ……………………………………………………………………………………………………….
6. Numer konta: ………………………………………………………………………………………………………..
7. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do składania oświadczeń i wyjaśnień dotyczących oferty:

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Telefon kontaktowy i email osoby upoważnionej do składania oświadczeń i wyjaśnień dotyczących oferty: ………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………. ………………………………………….

*Miejscowość, data Podpis i pieczęć składającego ofertę*

**OŚWIADCZENIA:**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert.
2. Zapoznałem się z treścią dokumentacji – zaproszenia do składania ofert.
3. Zapoznałem się z treścią projektu umowy.
4. Uważam się, za związanego niniejsza ofertą przez okres wskazany przez Udzielającego zamówienia w dokumentacji.
5. Jestem uprawniony do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymaganiami ustawowymi.
6. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonywania określonych w konkursie prac i czynności.
7. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania określonych w konkursie prac i czynności.
8. Przedłożyłem aktualną polisę odpowiedzialności cywilnej, na dzień zawarcia umowy. Zobowiązuje się do przedłużenia polisy odpowiedzialności cywilnej na czas trwania umowy.
9. Mam potencjał ekonomiczny i techniczny do należytego wykonania zamówienia.
10. Oświadczam, że warunki, w jakich będą realizowane oferowane świadczenia medyczne odpowiadają wymogom Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 czerwca 2005 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać pod względem fachowym i sanitarnym pomieszczenia i urządzenia zakładu opieki zdrowotnej.
11. Oświadczam, że wyroby medyczne będące przedmiotem konkursu są wpisane do Rejestru wyrobów medycznych i podmiotów odpowiedzialnych za ich wprowadzenie do obrotu i do używania zgodnie z art. 58 ustawy z dnia 20 maja 2010 r. o wyrobach medycznych (Dz. U. 2010 nr 107 poz. 679)

…………………………………………. ………………………………………….

*Miejscowość, data Podpis i pieczęć składającego ofertę*

**Wymagane załączniki do oferty**

**(parafowane za zgodność z oryginałem i ponumerowane, spięte razem z formularzem oferty):**

1. Wykaz personelu wraz z wykształceniem, wykonywanym zawodem (numerem prawa wykonywania zawodu – jeśli dotyczy to tego zawodu).
2. Wypis z rejestru opieki zdrowotnej lub właściwego rejestru uprawniającego do prowadzenia działalności objętej zamówieniem.
3. Aktualny odpis z KRS.
4. Zaświadczenie o nr NIP.
5. Zaświadczenie o nr REGON.
6. Kopię polisy OC.
7. Zobowiązanie do przedłużenia polisy OC.
8. Parafowany wzór umowy.
9. Wypełniony szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia wraz z proponowanymi cenami.

Załącznik nr 2

**SZCZEGÓŁOWY ZAKRES PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA – ORTODONCJA (KOMERCJA I NFZ)**

Wykaz świadczeń ortodontycznych (komercja)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Cena brutto materiału wraz z usługą** |
| 1 | Płytka Schwarza |  |
| 2 | Aparat blokowy |  |
| 3 | Modele diagnostyczne | (III klasa) / (IV klasa) |
| 4 | Element dodatkowy |  |
| 5 | Naprawa aparatu 1 element |  |
| 6 | Naprawa aparatu każdy element dodatkowy |  |
| 7 | Śruba Baetoniego dwukierunkowa |  |
| 8 | Śruba Baetoniego trójkierunkowa |  |
| 9 | Płytka retencyjna Hawley’a |  |
| 10 | Retainer – plecionka |  |
| 11 | Mahony’s retainer |  |
| 12 | Płytka retencyjna z łukiem okalającym akrylem |  |
| 13 | Płytka retencyjna z łukiem ściśle przylegającym |  |
| 14 | Szyna retencyjna |  |
| 15 | Płytka retencyjna na set-upach | cena płytki + set up |
| 16 | Proteza dziecięca ze śrubą |  |
| 17 | Płytka Moralesa |  |
| 18 | Aparat ruchomy Klammta |  |
| 19 | Aparat ruchomy Stockfischa |  |
| 20 | Doppelplatte |  |
| 21 | Twin Block |  |
| 22 | Kapa |  |
| 23 | Szyna nagryzowa akrylowa |  |
| 24 | Aparat Nance’a wkładany |  |
| 25 | Aparat Nance’a lutowany |  |
| 26 | Lip Bumper |  |
| 27 | Utrzymywacz przestrzeni lutowany |  |
| 28 | Łuk podniebienny Goshgarian wkładany |  |
| 29 | Łuk podniebienny Goshgarian lutowany |  |
| 30 | Bi-Helix |  |
| 31 | Quad-Helix |  |
| 32 | Pendulum (drut TMA) |  |
| 33 | Pendex (drut TMA) |  |
| 34 | Hyrax |  |
| 35 | Haas |  |
| 36 | T-Rex |  |
| 37 | Clear Aligner (3 szyny) |  |
| 38 | Elementy dodatkowe – sprężyny (międzyzębowe, omega, powrotne, skrzyżowane) |  |
| 39 | Elementy dodatkowe – zapora, wały nagryzowe skośne, agrafka |  |
| 40 | Śruby dodatkowe – Fichera |  |
| 41 | Śruby dodatkowe – wachlarzowa góra. |  |
| 42 | Śruby dodatkowe – wachlarzowe dół |  |
| 43 | Set-up (1 ząb) |  |
| 44 | Punkt lutowany (dodatkowy) |  |
|  | **RAZEM** |  |

Wykaz świadczeń ortodontycznych (NFZ).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa** | **cena brutto materiału wraz z usługą** |
| 1 | Płytka Schwarza |  |
| 2 | Aparat blokowy |  |
| 3 | Modele diagnostyczne |  |
| 4 | Element dodatkowy |  |
| 5 | Dodatkowa śruba |  |
| 6 | Reperacja aparatu 1 element |  |
| 7 | Reperacja aparatu każdy dodatkowy |  |
| 8 | Śruba Baetoniego dwukierunkowa |  |
| 9 | Śruba Baetoniego trójkierunkowa |  |
|  | **RAZEM** |  |
|  |  |  |

…………………………………………. ………………………………………….

*Miejscowość, data Podpis i pieczęć składającego ofertę*