Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

**NA ŚWIADCZENIE RELIZACJĘ PRAC TECHNICZNYCH Z ZAKRESU PROTETYKI**

**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**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa** | **Cena brutto materiału wraz** **z usługą** |
| 1 | Bezzębie (+ łyżka indywidualna) |  |
| 2 | Proteza częściowa 5 – 7 zębów |  |
| 3 | Proteza częściowa 8 – 13 zębów |  |
| 4 | Naprawa protezy – pierwszy punkt |  |
| 5 | Naprawa protezy – następny punkt |  |
| 6 | Protezy do 4 punktów |  |
| 7 | Podścielenie protezy |  |
| 8 | Siatka wzmacniająca – srebrna |  |
| 9 | Siatka wzmacniająca – złota |  |
| 10 | Korona akrylowa |  |
| 11 | Korona metalowa |  |
| 12 | Łuk zbrojony |  |
| 13 | Łuk doginany |  |
| 14 | Łuk lany |  |
| 15 | Proteza szkieletowa – zęby Mifam |  |
| 16 | Proteza szkieletowa – zęby Ivoclar |  |
| 17 | Wkład K-K jednokorzeniowe |  |
| 18 | Wkład K-K wielokorzeniowe |  |
| 19 | Podparcie (doginane / lane) |  |
| 20 | Bezbarwny Acryl |  |
| 21 | Zęby Ivoclar lub Kulzer – każdy łuk |  |

…………………………………………. ………………………………………….

*Miejscowość, data Podpis i pieczęć składającego ofertę*