Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTY**

**NA ŚWIADCZENIE RELIZACJĘ SPECJALISTYCZNYCH BADAŃ OKULISTYCZNYCH DLA SZPZLO WARSZAWA BEMOWO-WŁOCHY**

**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. Zarząd/ Dyrektor / Kierownik (imię i nazwisko):

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

1. Adres siedziby firmy/adres zamieszkania (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 czynności.
7. Posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania określonych w konkursie 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. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych (także osobowych) zawartych w dokumentacji konkursowej

…………………………………………. ………………………………………….

*Miejscowość, data Podpis i pieczęć składającego ofertę*

**Wymagane załączniki do oferty**

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

1. Wypełniony formularz ofertowy – wg wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do niniejszej dokumentacji.
2. Wykaz personelu wraz z wykształceniem, stażu pracy na danym stanowisku i wykonywanym zawodem (numerem prawa wykonywania zawodu – jeśli dotyczy to tego zawodu).
3. Wykaz aparatury medycznej.
4. Wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub z właściwego rejestru uprawniającego do prowadzenia działalności objętej zamówieniem, aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego, zaświadczenie o nr NIP, zaświadczenie o nr REGON.
5. Kopię polisy OC.
6. Parafowany wzór umowy.
7. Wypełniony szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia wraz z proponowanymi cenami.

Załącznik nr 2

**SZCZEGÓŁOWY ZAKRES PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań w ciągu 3 lat | Cena brutto | Suma  Kol. 3x4 |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | GDx | 1800 |  |  |
| 2. | HRT | 1400 |  |  |
| 3. | OCT | 2100 |  |  |
| 4. | USG gałki ocznej | 1100 |  |  |
| 5. | Pachymetria | 150 |  |  |
| **SUMA poz. 1-5** | | | |  |

**Oferta łączna za cenę …………………………..zł.**

…………………………………………. ………………………………………….

*Miejscowość, data Podpis i pieczęć składającego ofertę*