**Załącznik nr 1 do SWKO**

…..………………………………..…………

Pieczęć Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań diagnostycznych na rzecz Pacjentów Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

1. **Dane Oferenta:**

Nazwa oferenta:

Adres siedziby:

Numer telefonu, faks:

Numer telefonu do zapisu pacjentów:

Osoba kontaktowa w sprawie wykonywania badań:

e-mail:

Numer konta bankowego:

REGON: NIP:

Numer KRS/ numer wpisu do ewidencji

Numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu – w odniesieniu do osób, o których mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 roku (Dz. U. z 2021 r. poz. 711 z późn. zm.) o działalności leczniczej.

**Oświadczenia Oferenta:**

Oferent oświadcza, iż:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie,
2. zapoznałem się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, zawierającymi w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom, a także z projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści,
3. zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
4. akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
5. Przyjmujący Zamówienie dostarczy w dniu podpisania umowy dokument, określający sposób pobierania materiału, jego przechowywania i transportu wraz z przedziałami wartości prawidłowych, w zależności od wieku dla badań objętych umową, zgodnie z załącznikiem nr 4 do umowy,
6. spełniam wszystkie warunki stawiane Oferentom,
7. wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
8. gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
9. uważam się za związanego ofertą przez okres 60 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
10. w przypadku wyboru niniejszej oferty podpiszę umowę zgodnie z  projektem umowy w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,
11. termin płatności wynosi 60 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego zamówienie prawidłowo wystawionej faktury,
12. uwzględniłem w cenie jednostkowej netto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego.

**Załączniki:**

1. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC oraz oświadczenie o przedłożeniu polisy.
2. Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej,
3. Kopia zaświadczenia o numerze NIP,
4. Kopia zaświadczenia o numerze REGON,
5. Załącznik nr 1 – oferta cenowa,
6. Oświadczenie dotyczące aparatury zgodne z załącznikiem nr 2 do SWKO wraz z wykazem aparatury,
7. Oświadczenie dotyczące personelu zgodne z załącznikiem nr 3 do SWKO,
8. Oświadczenie o systemie kontroli zgodnie z załącznikiem nr 4 do SWKO,
9. Wykaz podwykonawców zgodnie z załącznikiem nr 5 do SWKO (jeśli dotyczy),
10. Inne dokumenty (poświadczone za zgodność z oryginałem kserokopie certyfikatów kontroli zewnątrzlaboratoryjnych, certyfikatów ISO, akredytacji).
11. Płyta CD z wypełnionym załącznikiem nr 1 (oferta cenowa) wraz z warunkami wykonywania badań.
12. Skierowanie w formie elektronicznej (jeżeli jest wymagany wzór skierowania Oferenta).
13. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

............................................................................

Miejscowość i data

…………………………………………………

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta