**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia**

…..………………………………..…………

Pieczęć Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY**

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań genetycznych na rzecz Pacjentów Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego – 2 pakiety (znak sprawy: DR.4040.504.2024.AP)

**Dane Oferenta:**

Pełna nazwa oferenta:

Adres siedziby:

Numer telefonu, faks:

e-mail:

Numer konta bankowego:

REGON: NIP:

Numer wpisu laboratorium do ewidencji medycznych laboratoriów diagnostycznych prowadzonej przez Krajową Listę Diagnostów Laboratoryjnych: ………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Osoba kontaktowa w sprawie wykonywania badań:

……………………..……………………, tel. ………………….…… adres e-mail: ………………………..…………..

**Oświadczenie Oferenta:**

1. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią ogłoszenia wraz ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści.
2. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z istotnymi postanowieniami umowy stanowiącymi załącznik nr 8 do Ogłoszenia i akceptuję ich treść bez zastrzeżeń, a 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.
3. Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się z treścią Klauzuli informacyjnej skierowanej do kontrahentów UCK WUM stanowiącej załącznik nr 9 do Ogłoszenia.
4. Oświadczam, że posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt oraz personel, pozwalające na realizację świadczeń będących przedmiotem konkursu.
5. Oświadczam, że świadczenia będące przedmiotem konkursu będą wykonywane samodzielnie bez zlecania ich w części lub w całości podwykonawcom.
6. Oświadczam, że świadczenia wskazane w formularzu asortymentowo-cenowym realizowane są **2 lata i dłużej / mniej niż 2 lata** \* (spełnienie warunku możliwości klasyfikacji w kryterium „Ciągłość (doświadczenie)”.
7. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
8. Uważam się za związanego/związaną ofertą przez okres 30 dni od dnia otwarcia ofert.
9. W przypadku wyboru niniejszej oferty podpiszę umowę zgodnie z  projektem umowy w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego.
10. Uwzględniłem/uwzględniłam w cenie jednostkowej netto oferty wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego będącego przedmiotem konkursu.
11. Oświadczam, że dysponuję bazą danych wariantów genów z WES z populacji polskiej dla minimum 5 000 osób.

**Załączniki:**

1. Formularz asortymentowo cenowy (zgodny z zał. nr 3 do Ogłoszenia)
2. Poświadczone za zgodność z oryginałem Zaświadczenie o wpisie do ewidencji laboratoriów medycznych prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych
3. Poświadczona za zgodność z oryginałem kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC
4. Wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny (zgodny z zał. nr 5 do Ogłoszenia)
5. Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych personelu (zgodny z zał. nr 6 do Ogłoszenia)
6. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (zgodna z zał. nr 7 do Ogłoszenia)
7. Poświadczone za zgodność z oryginałem kopie certyfikatów kontroli jakości badań
8. Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (jeżeli ofertę podpisuje inna osoba niż oficjalnie wskazana do reprezentacji.
9. ………………………………………………………………………………………………………………………………………
10. ………………………………………………………………………………………………………………………………………

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

Miejscowość i data Podpis i pieczątka Oferenta