**Załącznik nr 1b**

# FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań genetycznych w kierunku trombofilii ( pakiet ) dla potrzeb pacjentek Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu..

Dane o Oferencie:

* 1. Pełna nazwa: ………………………………………………………………………………….

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

* 1. Adres:

miejscowość ....................................................................................

kod pocztowy……………………...................................................

ul. .....................................................................................................

nr lokalu, .................................

Tel/fax. .............................................................................................

email.................................................................................................

www................................................................................................

Nazwa i numer konta bankowego:

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

* 1. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu ...............................................................................................................................................................

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

* 1. NIP..............................................................................................................................................
  2. Regon..........................................................................................................................................
  3. KRS…………………………………………………………………………………..……......

1. Proponowana cena badań będących przedmiotem konkursu:

Cena badań musi zawierać koszt transportu materiału do badań oraz koszt transportu wyników do Udzielającego Zamówienia.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rodzaj badania ( pakiet )** | **Przewidywana ilość badań w ciągu 24 miesięcy** | **Cena jednostkowa badania ( pakiet) brutto** | **Wartość brutto zamówienia** |
| 1. **Mutacja Leiden genu czynnika V ( G1691A)** | **15** |  |  |
| 1. **Mutacja genu protrombiny ( G20210A)** |
| 1. **Mutacja w genie MTHFR** |
| 1. **Polimorfizm 4G/5G genu PAI-1** |
| Wymagany termin wykonywania badań wynosi:: maksymalnie **6 dni** roboczych od daty dostarczenia materiału do badań |
| **RAZEM WARTOŚĆ OFERTY**  **Słownie**  **złotych……………………………………………………………………………………………** | | | ……………zł |

1. Miejsce wykonywania badań:

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

1. Określenie warunków udzielania świadczeń:
   1. dni i godziny odbioru materiału do badań lub wykonania badania:

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

* 1. zasady przekazywania wyników badań do Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu:

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

1. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Rodzaj aparatury / sprzętu medycznego | Rok produkcji | Dodatkowe informacje |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:

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

1. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację zamówienia z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na badania .

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

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

VIII. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienie zakresie wykonywania badań genetycznych w kierunku trombofilii ( pakiet) dla potrzeb pacjentek Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu :

* oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia,   
  tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie   
  z obowiązującymi przepisami.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Stanowisko | Posiadane kwalifikacje i uprawnienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

* oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
* oświadczamy, że uważamy się za związanymi niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o konkursie,
* oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez udzielającego zamówienia,
* oświadczamy, że uznajemy prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (t.j. Dz. U. z 2021 r. poz.1285 z późn. zm),

podpis Oferenta