



Województwo
Śląskie



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2
W BYTOMIU

Załącznik Nr 1

Pieczęć firmowa

**Szpital Specjalistyczny Nr 2
w Bytomiu
ul. Stefana Batorego 15
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania mammograficznych** na wypadek awarii inszego aparatu dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu:
D/OKiS/O//2026

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 24.04.2026 r. na: *"Wykonywanie badań mammograficznych na wypadek*



awarii inszego aparatu dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu".

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Cena badania brutto</i>
1	Mammografia jednego sutka z opisem	
	Mammografia dwóch sutków z opisem	
	Mammografia zdjęcie celowane z opisem	
	Razem	
2	Mammografia jednego sutka bez opisu	
	Mammografia dwóch sutków bez opisu	
	Mammografia zdjęcie celowane bez opisu	
	Razem	

Oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zapytania ofertowego, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i odpowiednie kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Posiadane kwalifikacje i uprawnienia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			



9.			
10.			

Zamawiający zastrzega prawo ograniczenia lub rozszerzenia zakresu zamówienia.

1. Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się _____ pod _____ adresem:

.....

2. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu o cenę i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.

3. Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.

4. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie badań mammograficznych.

5. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.

6. Oświadczam, że zobowiązujemy się do wykonania czynności będących przedmiotem zamówienia z zachowaniem należytej staranności, zasadami dobrej praktyki lekarskiej i etyki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej i poszanowaniem praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta.

7. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.

8. Oświadczam, że spełniamy warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.

9. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:

1) okres oczekiwania na wynik – 3 dni,

2) termin realizacji – 24 miesiące, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego,

3) forma i termin płatności faktur: przelew 30 dni od doręczenia Zamawiającemu prawidłowo wystawionej faktury. Za dzień zapłaty przyjmuje się dzień obciążenia rachunku bankowego Zamawiającego.

10. Oświadczam, że przyjmujemy do wiadomości i akceptujemy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO, dane osobowe będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym zapytaniem ofertowym i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia i upublicznienia informacji dot. wyboru oferty najkorzystniejszej). Jednocześnie oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o przysługującym nam prawie dostępu do treści naszych danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.



Województwo
Śląskie



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2
W BYTOMIU

Wykaz złożonych dokumentów:

1. Polisa OC

..... , dnia r.

.....
Podpis
osoby upoważnionej