Załącznik Nr 1 do Zapytania ofertowego

Pieczęć firmowa

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

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań genetycznych z zakresu ginekologii** dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu DOKiS/O/255/2026

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 19 listopada 2026 roku na: *"**Badania genetyczne z zakresu ginekologii** dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu"*.

Lp.	**Nazwa badania**	**Średnio-roczna ilość badań**	**Okres oczekiwania na wynik**	**Cena jednostkowa brutto (zawiera koszt przesyłki materiału do badania)**	**Wartość badań brutto**
1.	Badania cytogenetyczne płynu owodniowego	**20**			
2.	Badania cytogenetyczne z limfocytów krwi obwodowej	**5**			
3.	Rapid FISH	**10**			
4.	FISH de'Gorge	**3**			
Razem brutto					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert cząstkowych na badania.

Przyjmujący zamówienie zapewnia wykonanie badań w dniach:

…….....

- Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod adresem:
  ……
- Oświadczam, że ceny badań zawartych w ofercie zawierają koszty przesyłki materiału biologicznego.
- Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
- Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
- Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie badań genetycznych z zakresu ginekologii.
- Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania w/w świadczeń zdrowotnych.
- Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
- Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
  1) termin realizacji – **36 miesięcy**, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.
  2) forma i termin płatności faktur (nie krótszy niż **30 dni)**: przelew: ..... dni.
- Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
- Oświadczam, że gwarantujemy stałość cen w okresie obowiązywania umowy.
- Oświadczam, że posiadamy w zakresie swojej działalności dostęp do Portalu Potencjału udzielony przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem zamówienia.
- Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Udzielającego Zamówienie dla potrzeb przeprowadzonego zapytania ofertowego, zgodnie z ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.

Wykaz złożonych dokumentów:

1) .....
2) .....
3) .....

.....
Podpis osoby upoważnionej