

Pieczęć firmowa

Załącznik Nr 1 do Zapytania ofertowego

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

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badan genetycznych z zakresu ginekologii** dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu. DOKiS/O/398/2023

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 27 listopada 2023 roku na: "**Badania genetyczne z zakresu ginekologii dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu**".

Lp.	Nazwa badania	Średnioroczna ilość badań	Okres oczekiwania na wynik	Cena jednostkowa brutto (zawiera koszt przesyłki)	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 częściowych na badania.

- 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