

FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT

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

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa:
.....
2. Adres:
miejscowość
kod pocztowy.....
ul.
nr lokalu,
Tel/fax.
email.....
www.....
Nazwa i numer konta bankowego:
.....
3. Numer wpisu do rejestru podmiotu wykonujących działalność leczniczą, nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu prowadzącego
rejestr
.....
.....
4. NIP.....
5. Regon.....
6. KRS.....

II. 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)	60		
2. Mutacja genu protrombiny (G20210A)			
3. Mutacja w genie MTHFR			
4. 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			zł

III. Miejsce wykonywania badań:

.....
.....

IV. Określenie warunków udzielania świadczeń:

a) dni i godziny odbioru materiału do badań lub wykonania badania:

.....
.....

b) zasady przekazywania wyników badań do Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu:

.....
.....

V. Wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:

Rodzaj aparatury / sprzętu medycznego	Rok produkcji	Dodatkowe informacje

VI. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:

.....

VII. 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 zamówienia w 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.			

- oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
- oświadczam, że uważam się za związanym niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o konkursie,
- oświadczam, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Udzielającego zamówienia,
- oświadczam, że uznaję 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.

podpis Oferenta