

FORMULARZ OFERTOWY

I. Instrukcja dla Oferenta:

1. Oferta ma być sporządzona w języku polskim i pod rygorem nieważności w formie pisemnej. Oferta powinna być czytelna, napisana w sposób nieścieralny oraz podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do jej podpisania.
2. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być składane wraz z poświadczonym przez Oferenta tłumaczeniem na język polski.
3. Wszystkie strony Formularza oferty wraz z załączonymi do niego dokumentami muszą być parafowane i opieczetowane przez Oferenta.
4. Każda zapisana strona oferty (wraz z załącznikami do oferty) powinna być ponumerowana kolejnymi numerami.
5. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.

II. Dane Oferenta:

Pełna nazwa oferenta:

Siedziba Oferenta:

Województwo.....

Adres e-mail:

Tel. / fax.:

NIP

REGON:

KRS (jeżeli dotyczy):

Organ prowadzący rejestr oraz numer wpisu do właściwego rejestru

Adres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu

Wyznaczam osobę/y jako koordynatorów i osoby do pierwszego kontaktu do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu

1) ze strony Przyjmujący Zamówienie:

a).....tel....., fax: e-mail

b).....tel....., fax: e-mail

III. Oferent oferuje:

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

wykonywania badań diagnostycznych histopatologicznych, cytologicznych, w tym śródoperacyjnych oraz innych badań z zakresu patomorfologii dla pacjentów Udzielającego Zamówienia,

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

Lp.	Rodzaj badania	Szacunkowa ilość badań w okresie 24 m-cy	Cena badania brutto	Wartość brutto
1.	Badanie histopatologiczne materiału tkankowego – jeden bloczek. Liczba wycinków z materiału tkankowego jest zgodna z procedurami Polskiego Towarzystwa Patologów.	24360		
2.	Badanie cytologii ginekologicznej wg systemu Bethesda	3288		
3.	Badanie cytologii ginekologicznej metodą LBC BD Surepath. Pobrany materiał przechowywany jest przez 30 dni od daty pobrania.	960		
4.	Oznaczenie hr-HPV DNA	1320		
5.	Pakiet LBC BD Surepath + hr-HPV DNA Pakiet rejestrowany jest przy jednoczesnym zleceniu cytologii LBC i testu hr-HPV DNA.	24		
6.	Ocena biomarkerów p16 i Ki-67 (tect CINtec PLUS)	24		
7.	Pakiet LBC BD Surepath + hr-HPV DNA + biomarkery p16 i Ki-67	24		
8.	Badanie cytologiczne metodą cell-block – jeden cytoblok (płyny z jam ciała, bronchoaspirat, płwocina, EUS/EBUS, inne biopsje)	24		
9.	Badanie immunohistochemiczne – jeden odczyn	5472		
10.	Badanie dodatkowe na obecność Helicobacter	120		

	Pylori (barwienie metodą immunohistochemiczną)			
11.	Badanie materiału z biopsji gruboigłowej z jednej lokalizacji anatomicznej jednego narządu. Wykonanie jednego preparatu (nie więcej niż 3 biopaty na jedno badanie) bez wykonania biopsji.	120		
12.	Badanie materiału z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej z jednej lokalizacji anatomicznej jednego narządu (ocena jednego preparatu)	24		
13.	Badanie materiału z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej tarczycy z jednego guzka (ocena do dwóch preparatów). Rozpoznanie wg systemu Bethesda.	24		
14.	Badanie materiału z biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej tarczycy z jednego guzka (ocena dodatkowego preparatu). Ocena wg systemu Bethesda.	24		
15.	Oznaczenie HER2 metodą immunohistochemiczną	144		
16.	Amplifikacja geny HER2 metodą FISH	24		
17.	Badanie sekcyjne bez oceny wycinków	12		
18.	Badanie biopsji gruboigłowej szpiku (trepanobiopsja) - dodatkowe barwienia histochemiczne i odczyny immunohistochemiczne wg cennika	24		
19.	Badanie węzłów chłonnych, śledziony i innych narządów z rozrostami nowotworowymi układu chłonnego - dodatkowe barwienia histochemiczne i odczyny immunohistochemiczne wg cennika	24		
20.	Konsultacja specjalistyczna – niezbędne barwienia histochemiczne i odczyny immunohistochemiczne wg cennika	12		
21.	Barwienie histochemiczne – jedno barwienie z oceną	720		
22.	Badanie śródoperacyjne	12		
	Razem:	x	x	

IV. Kwalifikacje zawodowe wymagane w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Wykaz lekarzy i ich kwalifikacji zawodowych, zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych

Lp	Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe	Numer prawa wykonywania zawodu

V. Wykaz sprzętu medycznego niezbędny do świadczenia usług w zakresie wskazanym w SWKO:

Lp	Nazwa sprzętu	informacje o podstawie do dysponowania sprzętem (np. własność, dzierżawa, użyczenie, leasing)
1		
2		
3		
4		
5		

VI. Oświadczenia Oferenta:

1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
2. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia.

3. Oświadczam, że badania wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z określonymi standardami i obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
4. Oświadczam, że dysponuję odpowiednim sprzętem niezbędnym do wykonywania opisów tomografii komputerowej drogą teleradiologii.
5. Oświadczam, że wskazane badania będą wykonywane zgodnie z wymogami Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 18 grudnia 2017 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie patomorfologii (Dz. U. z 2017 r. poz. 2435).
6. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń, jak również oświadczam że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotu zamówienia.
8. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
9. W rozliczeniach obowiązywać będzie 60-dniowy termin płatności.
10. Oświadczam, że **jestem czynnym podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) / jestem zwolniony z podatku VAT***.
11. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
12. Nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z prowadzoną działalnością.
13. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
14. Wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
15. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Kraśniku, ul. Chopina 13, 23-200 Kraśnik, adres e-mail: poczt@spzoz.krasnik.pl numer telefonu: 81-825-13-66).
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.

5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Konrad Domański, adres e-mail: iod@spzoz.krasnik.pl).

.....
Data i czytelny podpis Oferenta