**Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Rzeszowie**

**ul. Poniatowskiego 4, 35-026 Rzeszów**

* **WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POSTACI SPECJALISTYCZNYCH BADAŃ LABORATORYJNYCH, MOKROBIOLOGICZNYCH ORAZ MYKOLOGICZNYCH NA RZECZ PRACOWNIKÓW WOJEWÓDZKIEJ STACJI**

**POGOTOWIA RATUNKOWEGO W RZESZOWIE**

**ZMODYFIKOWANY**

*Uwaga! Wypełnia i w całości podpisuje oferent.*

**OFERTA WYKONAWCY**

1. Nazwa Oferenta (pełna nazwa)

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

........................................................................................................................................

1. Adres Oferenta

........................................................................................................................................

tel. .............................................

1. Nr Rejestru Zakładów Opieki Zdrowotnej ………………………………... w województwie

........................................................................................................................................

1. Nr wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu

........................................................................................................................................

1. REGON: ……………………………….…..………………
2. NIP: …………………………………..……………………
3. E-mail:……………………………….……………………..
4. Nr r-ku bakowego:…………………………….……………
5. Formularz cenowy :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BADANIA PROFILAKTYCZNE\*** |  |  |
| **L.p** | **Nazwa** | **Orientacyjna ilość osób/badań** | **Cena jednostkowa brutto ( za jedno badanie)** | **Suma** **( cena jednostkowa brutto x ilość badań/osób)**  |
|  | **Badania ogólne** |  |  |  |
|  | **Nazwa** | **Orientacyjnailość osób/ badań** |  |  |
|  |

|  |
| --- |
| HBc - p/c przeciw HBc total (WZW typu B) (V31) |
| HBe - p/c przeciw HBe (WZW typu B) (V38) |
| HBs - p/c przeciw HBs (WZW typu B) (V42) |
| HCV - p/c przeciw HCV (WZW typu C) (V48) |
| HIV - wirus HIV test przesiewowy (p/c anty-HIV 1/2, antygen p24) (F91) |
| Żelazo w surowicy (O95) |
| Aminotransferaza alaninowa (ALT) (I17) |
|

|  |
| --- |
| Aminotransferaza asparaginianowa (AST) (I19) |
| Bilirubina całkowita (I89) |
| Wapń całkowity w surowicy (O77) |
| Cholesterol całkowity (I99) |

 |
|

|  |
| --- |
| Glukoza (L43) |
| Hemoglobina glikowana (HbA1c) (L55) |
| HBs - antygen HBs (WZW typu B) (V39) |
| Cholesterol HDL w surowicy (K01) |

 |
|

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Badanie ogólne moczu (A01) |
| Morfologia krwi (C55) |
|

|  |
| --- |
| Płytki krwi - liczba (C66) |
| Posiew moczu (91.821/831) |
| Odczyn Biernackiego (C59) |

 |
|

|  |
| --- |
| Triglicerydy (O49) |
| Białko całkowite (I77) |

 |

Potas w surowicy (N45) |
| Kreatynina w surowicy (M37) |
| LipidogramGGTP |

 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

 | 150 osób |  |  |
|  |  | SUMA = ……………………………….zł brutto  |

*\*Podane ilości osób oraz badań są szacunkowe, niezbędne w celu wyliczenia ceny oferty.* Zamawiający przewiduje możliwość dokonywania zmian ilościowo-rzeczowych w ramach badań wyspecyfikowanych w tabeli (oznacza to możliwość zamówienia zwiększonych ilości poszczególnych badań kosztem zmniejszenia ilości lub niezamówienia innych). Zmiany te nie mogą powodować zmiany cen jednostkowych zawartym w formularzu cenowym przez cały okres obowiązywania umowy.

1. Oświadczam, że zapoznałem(am) się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że miejscem udzielania świadczeń będzie ……………………………………………………………………………………………………..( podać adres o ile nie pokrywa się z adresem wskazanym powyżej)
3. Oświadczam, że badania mikrobiologiczne oraz mykologiczne, będą wykonywane w Pracowni Mikrobiologicznej ~~w Rzeszowie~~ tj. ……………………………………….. ( należy wskazać adres), w której zatrudniony jest kierownik- specjalista z zakresu mikrobiologii medycznej
w pełnym wymiarze czasu pracy.
4. Oświadczam, iż zamierzam(y)/nie zamierzam(y) powierzyć podwykonawcom wykonanie następujących części zamówienia (*wypełnić o ile dotyczy*):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa części (elementu) zamówienia** | **Nazwa firmy podwykonawcy (o ile są znane)** |
| **1.** |  |  |
| **2.** |  |  |

1. Oświadczam, że zapewniam stałość cen jednostkowych na oferowane specjalistyczne badania diagnostyczne przez cały okres trwania umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem(am) się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert, projektem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń i zobowiązuje się do podpisania umowy na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert oraz projekcie umowy.
3. Oświadczam, że zapoznałem(am) się ze wszystkimi koniecznymi dla mnie informacjami, które były dla mnie niezbędne w celu prawidłowego złożenia oferty,
4. Oświadczam, ze uważam się związanym(ą) z ofertą przez okres 30 dni,
5. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) ma minimalną kwotę gwarantowaną zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. nr 293 poz. 1728) albo zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC o której mowa powyżej na dzień podpisania umowy.
7. Oświadczam, że posiadam, zatrudniam lub współpracuje z osobami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
8. Oświadczam, że dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia.
9. Oświadczam, że posiadam wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert.
10. Oświadczam, że znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert.
11. Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty i złożone oświadczenia opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień składania ofert (art. 297 kk).
12. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie przez Zamawiającego w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i zakresie, w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia postępowania o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w postępowaniu.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o prawie wglądu do swoich danych i możliwości żądania uzupełnienia, uaktualnienia, sprostowania oraz czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia

**ZAŁĄCZNIKI:**

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

|  |  |
| --- | --- |
| Data..............................  |  ........................................ *(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)* |