

**FORMULARZ OFERTY**  
**O F E R T A**

**I. DANE O OFERENCIE:**

1.	Pełna nazwa podmiotu ubiegającego się o udzielenie zamówienia	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym	
3.	Nazwa organu uprawnionego do reprezentowania podmiotu	
4.	Numer telefonu	
5.	Numer fax	
6.	Numer rejestru sądowego KRS	
7.	Nazwa i siedziba sądu	
8.	Numer rejestru podmiotów leczniczych	
9.	Nazwa organu prowadzącego rejestr	
10.	Nr wpisu do ewidencji KIDL	
11.	Numer NIP	
12.	Numer REGON	
13.	Imię i nazwisko oraz nr.tel. osoby odp.za nadzór merytoryczny nad realizacją świadczeń zdrowotnych	
14.	Numer konta bankowego wraz z nazwą i siedzibą banku	

**II. OFERENT OŚWIADCZA, IŻ:**

- Spełnia warunki podmiotowe uczestnictwa w konkursie ofert i zapewnia, że wszystkie podane w ofercie informacje są prawdziwe.
- Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert” (SWKO) oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
- Zobowiązuje się do zawarcia umowy na warunkach przedstawionych w projekcie umowy w terminie wskazanym przez Udzielającego zamówienia.
- Uważa się za związanego ofertą przez czas wskazany w SWKO.
- Zobowiązuje się do wykonywania usług zgodnie z SWKO i zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
- Zapewniam udzielanie świadczeń zdrowotnych wyłącznie przez osoby posiadające kwalifikacje wskazane przez Udzielającego zamówienia w SWKO.
- Zapewniam, że uprawnienia osób wskazanych do wykonania usługi są aktualne i że nie toczy się w stosunku do nich postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.

8. Posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ..... obejmującą Usługi świadczone przez zgłoszony personel (Zobowiązuję się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość ..... na dzień podpisania umowy.)\*
9. Oświadczam, że personel wskazany w ofercie został poinformowany, że:
- a) administratorem jego danych osobowych jest Wojewódzkie Wielospecjalistyczne Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi, adres: ul. Pabianicka 62, 93-513 Łódź;
  - b) administrator wyznaczył Inspektora Ochrony Danych, z którym można się kontaktować w sprawach przetwarzania danych osobowych za pośrednictwem poczty elektronicznej: iod@kopernik.lodz.pl;
  - c) administrator będzie przetwarzał dane osobowe personelu na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b) RODO, tj. przetwarzanie jest niezbędne w celu wykonania umowy, której stroną jest osoba, której dane dotyczą, lub do podjęcia działań na żądanie osoby, której dane dotyczą, przed zawarciem umowy;
  - d) dane osobowe mogą być udostępnione innym uprawnionym podmiotom, na podstawie przepisów prawa, a także na rzecz podmiotów, z którymi administrator zawarł umowę w związku z realizacją usług na rzecz administratora (np. kancelarią prawną, dostawcą oprogramowania, zewnętrznym audytorem, zleceniobiorcą świadczącym usługę z zakresu ochrony danych osobowych);
  - e) administrator nie zamierza przekazywać Państwa danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej;
  - f) personel ma prawo uzyskać kopię swoich danych osobowych w siedzibie administratora;
  - g) dane osobowe personelu będą przechowywane do momentu upływu okresu przewidzianego w przepisach prawa;
  - h) personelowi przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych, ich sprostowania lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego;
  - i) podanie danych osobowych jest dobrowolne, jednakże niezbędne do realizacji celu ich przetwarzania. Konsekwencją niepodania danych osobowych jest brak możliwości realizacji umowy;
  - j) administrator nie podejmuje decyzji w sposób zautomatyzowany w oparciu o Państwa dane osobowe

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

### III. OFERTA CENOWA NA WYKONYWANIE USŁUG MEDYCZNYCH

1. Zobowiązuję się świadczyć usługi medyczne na rzecz pacjentów Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi;
2. Wyrażam zgodę na okres zawarcia umowy: **12 miesięcy**.
3. WARTOŚĆ CENY OFERTY [wartość ta obliczona powinna być jako iloczyn proponowanej ceny jednostkowej całego Pakietu x szacunkowej rocznej liczby świadczeń x liczba planowanych lat obowiązywania umowy (rok) ] wynosi:  
.....(słownie: .....) brutto.

Uwaga! Wartość ceny oferty wskazana w pkt. 3 stanowi kryterium oceny ofert.

.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**\*ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTY:**

- a) oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia o konkursie i z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz oświadczenie Oferenta, że zapoznał się z istotnymi postanowieniami umowy i wyraża zgodę na zawarcie umowy zgodnie z tymi warunkami w przypadku wybrania jego oferty (Załącznik nr 2 A do SWKO),
- b) kopię wpisu do odpowiedniego rejestru podmiotów leczniczych
- c) kopię dokumentu potwierdzającego rejestrację w Krajowej Izbie Diagnostów Laboratoryjnych
- d) kopię wpisu do KRS lub wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej aktualny na dzień składania ofert.
- e) potwierdzenie zawarcia aktualnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, odpowiadające wymaganiom określonym w umowie tj. polisy oraz potwierdzenie opłacenia należnych składek albo oświadczenie, że przed rozpoczęciem świadczenia usług, takie polisy dostarczy i będzie ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy,
- f) Oświadczenie, że aparatura i sprzęt medyczny laboratorium podmiotu realizującego świadczenia zapewnią realizację pełnego zakresu badań wymaganych przez Zleceniodawcę oraz posiadają dokumentację aktualnych przeglądów wykonywanych przez uprawnione serwisy;
- g) Wypełniony Załącznik nr 2 B - Szczegółowy zakres przedmiotu zamówienia. Załącznik do formularza ofertowego
- h) zestawienie uwzględniające kwalifikacje personelu medycznego wykonującego świadczenia stanowiące przedmiot postępowania (zawierające liczbę personelu z określoną specjalizacją oraz staż pracy w laboratorium),
- i) oświadczenie potwierdzające, że kwalifikacje i uprawnienia kierownictwa laboratorium oraz osób wykonujących badania podmiotu realizujący świadczenia odpowiadają oferowanemu zakresowi badań oraz są zgodne z aktualnymi wymogami prawnymi. (Kopie dokumentów wykonawca przedstawi na każde żądanie Zamawiającego),
- j) oświadczenie Przyjmującego zamówienie, że personel wykonujący usługi będące przedmiotem zamówienia posiada aktualne zaświadczenia lekarskie – badania profilaktyczne
- k) oświadczenie o doświadczeniu w udzielaniu świadczeń stanowiących przedmiot niniejszego postępowania,
- l) wzór skierowania
- m) wzór protokołu przekazania materiału tkankowego
- n) Instrukcja dla Udzielającego Zamówienia - Pobieranie, transport i przyjmowanie materiału do badań oraz zamawiania materiałów zużywalnych
- o) pełnomocnictwo w przypadku, gdy oferta jest sporządzana przez pełnomocnika.
- p) kopia licencji PTP
- q) ~~Oświadczenie o długości czasu świadczenia usług z zakresu patomorfologii (doświadczenie).~~
- r) Kopie posiadanych certyfikatów Międzynarodowej Kontroli Zewnątrzlaboratoryjnej.

DYREKTOR  
Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego  
Centrum Onkologii i Traumatologii  
im. M. Kopernika w Łodzi  
mgr inż. Andrzej Kasprzyk