|  |  |
| --- | --- |
| …………………………..  (pieczęć Wykonawcy) | **Załącznik nr 1 do SWKO** |
| **FORMULARZ OFERTOWY**  Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego,  nr sprawy FZP.42.1.2020 | |
| NAZWA (FIRMA) ALBO IMIĘ I NAZWISKO WYKONAWCY :  ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................  SIEDZIBA ALBO MIEJSCE ZAMIESZKANIA WYKONAWCY:  UL................................................................. MIEJSCOWOŚĆ..................................................................................  KOD POCZTOWY ……………………………… POCZTA ………………...…………………......…  WOJEWÓDZTWO ………………………………. POWIAT …………………………............  NIP: .......................... REGON: ................................ KRS: ...............................  TEL: ............................................ FAX: ………………………  ADRES E-MAIL: ………………………………………….......…..................…..  Adres do korespondencji, jeżeli jest inny niż powyżej:  ……………………………………………………………………………….…………………………  …………………………………………………………………………………………………………  Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymogami SWKO wraz z załącznikami iprzedkładamy ofertę: | |
| 1. **ŁĄCZNA CENA BRUTTO ZA REALIZACJĘ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA:**   Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:  **Zadanie nr ……**  Wartość brutto : ……………………zł  (słownie:………………………………………………………………………………………………)  (wartość brutto z Formularza cenowego)  **Zadanie nr …….**  Wartość brutto : ……………………zł  (słownie:………………………………………………………………………………………………)  (wartość brutto z Formularza cenowego)  **Zadanie nr ……**  Wartość brutto : ……………………zł  (słownie:………………………………………………………………………………………………)  (wartość brutto z Formularza cenowego)  **Zadanie nr ……**  Wartość brutto : ……………………zł  (słownie:………………………………………………………………………………………………)  (wartość brutto z Formularza cenowego)  **Zadanie nr ……**  Wartość brutto : ……………………zł  (słownie:………………………………………………………………………………………………)  (wartość brutto z Formularza cenowego)  **Zadanie nr ……**  Wartość brutto : ……………………zł  (słownie:………………………………………………………………………………………………)  (wartość brutto z Formularza cenowego)  **Zadanie nr ……**  Wartość brutto : ……………………zł  (słownie:………………………………………………………………………………………………)  (wartość brutto z Formularza cenowego) | |
| 1. **ODLEGŁOŚĆ OD MIEJSCA WYKONYWANIA ŚWIADCZEŃ DO SIEDZIBY ZAMAWIAJĄCEGO**   Odległość od miejsca wykonywania przez Wykonawcę świadczeń (zgodnie z przedmiotem oferty) do miejsca siedziby Zamawiającego wynosi ……………… km. (odległość w linii prostej) | |
| 1. **TERMIN WYKONANIA ZAMÓWIENIA:**     * + 1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych  i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego odbywać się będzie począwszy **od dnia zawarcia umowy przez okres 24 miesięcy.** | |
| 1. **ZOBOWIĄZANIA W PRZYPADKU PRZYZNANIA ZAMÓWIENIA:** 2. Zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego; 3. Osobą upoważnioną do kontaktów z Zamawiającym w sprawach dotyczących realizacji umowy jest : ...................................................................................................................................   e-mail: ……….......………….………….tel./fax: .....................................................…………..;   1. Osobą upoważnioną do podpisania umowy z Zamawiającym jest :   .................................................................................................................................................  e-mail: ………...….………….………….tel./fax: .......................................... ……………..; | |
| 1. **OŚWIADCZENIA:** 2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, nie wnosimy żadnych uwag ani zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy informacje niezbędne do przygotowania i złożenia oferty. 3. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą przez okres 30 dni. Bieg terminu związania ofertą rozpoczyna się wraz z upływem terminu składania ofert. 4. Oświadczamy, że oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia na warunkach określonych  w SWKO oraz, że wymagania stawiane Wykonawcy oraz postanowienia zawarte we wzorze umowy zostały przez nas zaakceptowane bez zastrzeżeń. 5. Oświadczamy, że akceptujemy termin płatności oraz formę płatności określoną  w załączniku nr 3 do SWKO - Wzór umowy. 6. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia będziemy realizować w okresie wskazanym  w SWKO oraz w załączniku nr 3 do SWKO - Wzór umowy. 7. Oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do zrealizowania przedmiotu zamówienia (w tym podatek VAT i koszty związane z realizacją zamówienia itp.). 8. Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu. 9. *rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).*   *\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).* | |
| 1. **ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:** 2. ...................................................................................................................................................... 3. ...................................................................................................................................................... 4. ……………………………………………………………………………………………… 5. ……………………………………………………………………………………………… 6. ………………………………………………………………………………………………   Oferta została złożona na .............. kolejno ponumerowanych stronach. | |

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**FZP.42.1.2020 Załącznik Nr 2 do SWKO**

**Formularz cenowy**

**Zadanie Nr 1**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań  rocznie | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa  brutto w zł | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1. | Badanie histopatologiczne | 4000 |  |  |  |

cena za 1 bloczek

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie Nr 2**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań  rocznie | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa  brutto w zł | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1. | Badanie / barwienie immunohistochemiczne | 400 |  |  |  |

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie Nr 3**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań  rocznie | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa  brutto w zł | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1. | Badanie / barwienie histochemiczne | 100 |  |  |  |

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie Nr 4**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań  rocznie | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa  brutto w zł | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1. | Ocena preparatu biopsji aspiracyjnej i cienkoigłowej | 2000 |  |  |  |

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie Nr 5**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań  rocznie | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa  brutto w zł | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1. | Ocena preparatu biopsji gruboigłowej | 50 |  |  |  |

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie Nr 6**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań  rocznie | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa  brutto w zł | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1. | Ocena preparatu cytologii ginekologicznej | 440 |  |  |  |

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy

**Zadanie Nr 7**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Szacunkowa ilość badań  rocznie | Cena jednostkowa netto w zł | Cena jednostkowa  brutto w zł | Wartość brutto w zł  (C x E ) |
| A | B | C | D | E | F |
| 1. | Ocena preparatu cytologii nie ginekologicznej  (np. płyny z jam ciała, plwocina, bronchoaspirat, wymazy, mocz) | 200 |  |  |  |

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

Data i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy