|  |  |
| --- | --- |
| …………………………..(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