ZMIANY Z DNIA 23.04.2018r. ZAZNACZONO KOLOREM

**Załącznik nr 1 do SWKO**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.

**OD:**

NAZWA Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMER telefonu i faxu Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres poczty elektronicznej Przyjmującego zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko, telefon osoby do kontaktu Przyjmującego zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## OFERTA

**DLA: WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU**

**59-900 Zgorzelec, ul. Lubańska 11/12**

**tel. 571 334 686 fax 75 77 50 173**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na:

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz innych badań z zakresu patomorfologii wraz z ich transportem oraz badań histopatologicznych śródoperacyjnych dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu- oferujemy:**

**1. Realizację usług w cenie brutto – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_zł, w cenach jednostkowych wskazanych poniżej w tabeli:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Jednostka miary** | **Przewidywana ilość badań** | **Cena jednego bloczka, odczynu lub badania - netto** | **vat (% lub zw.)** | **wartość netto (4x5)** | **wartość brutto (7x6+7)** |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5* | *6* | *7* | *8* |
| 1 | Badanie histopatologiczne | Bloczek | 24 000 |  |  |  |  |
| 2 | badanie immunohistochemiczne za jeden odczyn\*\* | Odczyn | 2 000 |  |  |  |  |
| 3 | badanie immunohistochemiczne HER2 za jeden odczyn\*\* | odczyn | 1 000 |  |  |  |  |
| 4 | Badanie cytologiczne | Badanie | 4 500 |  |  |  |  |
| 5 | Badanie histochemiczne | Badanie | 50 |  |  |  |  |
| 6 | Amplifikacja genu HER2 metodą FISH | Badanie | 20 |  |  |  |  |
| 7 | Badanie receptorów (komplet: ER, PR, HER2, Ki67) | badanie | 200 |  |  |  |  |
| 8 | Badanie histopatologiczne śródoperacyjne | Opłata jednorazowa oprócz wartości bloczków użytych do badania | 30 |  |  |  |  |
|  |  |  |  | razem |  |  |  |

\* proponowana cena za badanie histolopatogiczne obejmuje poza podstawowym badaniem makroskopowym i rutynowym opracowaniem tkanek również metody specjalne – dodatkowe barwienia metodą Gomori’ego, PAS, Van Gieson, Giemza.

\*\* nie więcej niż 300 zł brutto za całe badanie bez względu na ilość odczynów.

**2. Adres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**3. Osobą upoważnioną do reprezentowania firmy Przyjmującego zamówienie w niniejszym postępowaniu jest - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na podstawie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (wskazać dokument i załączyć do oferty).**

**4. Oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami konkursu wraz z projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.**

**5. Oświadczam, iż pozostanę związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.**

**6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. W przypadku rezygnacji z zawarcia umowy przez Przyjmującego zamówienie, zobowiązuję się do zapłaty na rzecz Zamawiającego kary w wysokości 10 000,00zł.**

**7. Wyznaczam osobę odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy – tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (proszę podać imię, nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy, e-mail kontaktowy).**

**8. Oświadczam, iż posiadam wykwalifikowany personel (posiadający doświadczenie i wiedzę) zdolny do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania (zgodnie z Rozdziałem II, pkt 5 SWKO).**

**WYKAZ OSÓB, które będą udzielać** świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania **badań histopatologicznych, cytologicznych oraz innych badań z zakresu patomorfologii wraz z ich transportem oraz badań histopatologicznych śródoperacyjnych** dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **informacje o podstawie do dysponowania osobami (np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |

**9. Oświadczam, iż posiadam sprzęt medyczny niezbędny do świadczenia usług w zakresie wskazanym w SWKO - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami NFZ i MZ (Rozdział II, pkt 6 SWKO).**

**WYKAZ SPRZĘTU, niezbędnego do udzielania** świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań histopatologicznych, cytologicznych oraz innych badań z zakresu patomorfologii wraz z ich transportem oraz badań histopatologicznych śródoperacyjnych** dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa sprzętu** | **informacje o podstawie do dysponowania sprzętem (np. własność, dzierżawa, użyczenie, leasing)** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |

**Załączniki:**

1. **Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego** podmiotu, poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Z dokumentów tych ma wynikać także, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictw są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta (nie starsze niż 6 miesięcy licząc od upływu terminu składania ofert)
2. **Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**,
3. **Decyzję o nadaniu Numeru Identyfikacji Podatkowej („NIP") oraz numeru „REGON**".
4. **Potwierdzenie zawarcia wymaganej przez przepisy umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Przyjmującego zamówienie** obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie – tj. **ubezpieczenie obowiązkowe** na kwotę, wynikającą z aktualnych przepisów prawa (obecnie: Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą) **oraz oświadczenie,** że będzie ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy,
5. **licencja Komisji Akredytacyjnej Polskiego Towarzystwa Patologów** - dot. zakładu patomorfologii, który będzie wykonywał usługi j/w. **lub oświadczenie o zdobyciu licencji** **Komisji Akredytacyjnej Polskiego Towarzystwa Patologów do końca roku kalendarzowego pod rygorem odstąpienia od zawartej umowy.**
6. Zaakceptowany projekt umowy - stanowiący Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu ofert. Akceptacja projektu umowy może się odbyć albo poprzez podpisanie każdej strony umowy albo poprzez złożenie pisemnego oświadczenia o „akceptacji projektu umowy";