

Pieczęć firmowa

**SP ZOZ Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
Aleja Legionów 10
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania szpiku kostnego/ węzłów chłonnych, badań immunohistochemicznych, barwień wybiórczych, konsultacji preparatów, badań histopatologicznych, oznaczania receptorów, badań antygenów nowotworowych, oceny trepanobiopsji, badań w mikroskopie elektronowym, badań cytologicznych dla pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu. NOP/SZ/6/2017**

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 21.11.2017 r. na: **"Badania szpiku kostnego/ węzłów chłonnych, badań immunohistochemicznych, barwień wybiórczych, konsultacji preparatów, badań histopatologicznych, oznaczania receptorów, badań antygenów nowotworowych, oceny trepanobiopsji, badań w mikroskopie elektronowym, badań cytologicznych dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu"**.

Lp.	Nazwa badania	Średnioroczna ilość badań	Cena jednostkowa brutto	Wartość badań brutto	Okres oczekiwania na wynik
1	Badanie szpiku kostnego/ węzłów chłonnych (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	20			
2	Barwienie immunohistochemiczne	530			
3	Barwienie wybiórcze	140			
4	Konsultacja preparatów (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	30			

5	Badanie histopatologiczne	115			
6	Badanie histopatologiczne bioptatu nerki wraz z trzema barwieniami wybiórczymi (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	5			
7	Oznaczenie HER-receptorów	5			
8	Oznaczenie receptorów	5			
9	Oznaczenie receptora HER-2 metodą CISH	5			
10	Badanie antygenu nowotworowego CD30	5			
11	Badanie antygenu nowotworowego CD117	5			
12	Ocena trepanobioptatu (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	5			
13	Badanie w mikroskopie elektronowym	30			
14	Badanie cytologiczne CELL-BLOCK	45			
Razem brutto					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

2. Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod adresem:
3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
4. Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
5. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie ww. badań.
6. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
8. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
 - 1) termin realizacji – 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.
 - 2) forma i termin płatności faktur przelew: 60 dni.
9. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne

do prawidłowej realizacji zamówienia.

10. Oświadczam, że posiadamy w zakresie swojej działalności dostęp do Portalu Potencjału udzielony przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem zamówienia.

11. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Udzielającego Zamówienie dla potrzeb przeprowadzonego zapytania ofertowego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Wykaz złożonych dokumentów:

- 1)
- 2)
- 3)

.....
Podpis osoby upoważnionej