

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 **allogenicznych i autologicznych przeszczepów biostatycznych** dla potrzeb Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NP/ŚZ/3/2019.

#### 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 30.04.2019 r. na: *"Wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresie allogenicznych i autologicznych przeszczepów biostatycznych dla potrzeb SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu"*.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Średnia ilość przeszczepów</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość brutto</i>
1.	Opona chłodzona twarda duża	10		
2.	Opona chłodzona twarda średnia	5		
3.	Opona chłodzona twarda mała	5		
4.	Mrożone ścięgno Achillesa	3		
5.	Mrożone ścięgno mięśnia piszczelowego przedniego (lewe i prawe)	2		
6.	Liofilizowana kość gąbczasta gruz	200 cm <sup>3</sup>		
7.	Liofilizowana kość gąbczasta plastry	200 cm <sup>3</sup>		
8.	Mrożona kość gąbczasta plastry	800 cm <sup>3</sup>		

	<b>Razem brutto:</b>	
--	----------------------	--

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych.

Zamawiający zastrzega prawo ograniczenia lub rozszerzenia zakresu zamówienia.

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 akceptujemy projekt umowy i 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 przygotowania allogenicznych i autologicznych przeszczepów biostatycznych.
6. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie oraz pomieszczenia w klasie czystości B, C i D spełniające normy niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że zobowiązujemy się do wykonania czynności będących przedmiotem zamówienia z zachowaniem należytej staranności, zasadami dobrej praktyki lekarskiej i etyki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej i poszanowaniem praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. Nr 52, poz. 417 z 2009 r.).
8. Oświadczam, że posiadamy certyfikat Systemu Zarządzania Jakością DIN EN ISO 9001:2008 lub inny dokument potwierdzający jakość wykonywanych świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszego zapytania.
9. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
10. Oświadczam, że spełniamy warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.
11. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
  - 1) okres oczekiwania – każdorazowo uzgodniony, uzależniony od możliwości banku tkanek,
  - 2) termin realizacji – 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego,
  - 3) forma i termin płatności faktur: przelew 60 dni od daty wystawienia faktury
12. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
13. Oświadczam, że zobowiązujemy się do poddania kontroli prowadzonej przez właściwy Oddział NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. 2018 r. poz. 1510 z późn. zm.).
14. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
15. Oświadczam, że przyjmujemy do wiadomości i akceptujemy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO, dane osobowe będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym zapytaniem ofertowym i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia i

upublicznienia informacji dot. wyboru oferty najkorzystniejszej). Jednocześnie oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o przysługującym nam prawie dostępu do treści naszych danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

**Wykaz złożonych dokumentów:**

- 1) Polisa OC
- 2) Projekt umowy o współpracy

.....  
Podpis osoby upoważnionej