

**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 trepanobiopsatu, badań w mikroskopie elektronowym, badań cytologicznych dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NP/ŚZ/8/2019.**

### 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 29.10.2019 r. na: **"Badania szpiku kostnego/ węzłów chłonnych, badania immunohistochemiczne, barwienia wybiórczych, konsultacje preparatów, badania histopatologiczne, oznaczania receptorów, badania antygenów nowotworowych, ocenę trepanobiopsatu, badania w mikroskopie elektronowym, badania cytologiczne dla pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu"**.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Średnia ilość badań</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość badań brutto</i>	<i>Okres oczekiwania na wynik (dni robocze)</i>
1	Badanie szpiku kostnego/ węzłów chłonnych (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	30			
2	Barwienie immunohistochemiczne	1.000			
3	Barwienie wybiórcze	350			
4	Konsultacja preparatów (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	60			

5	Badanie histopatologiczne	100			
6	Badanie histopatologiczne biopsji nerki wraz z trzema barwieniami wybiórczymi (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	10			
7	Oznaczenie HER-receptorów	50			
8	Oznaczenie receptorów	10			
9	Oznaczenie receptora HER-2 metodą CISH	10			
10	Badanie antygenu nowotworowego CD30	5			
11	Badanie antygenu nowotworowego CD117	5			
12	Ocena trepanobiopsji (bez uwzględnienia kosztów dodatkowych barwień immunohistochemicznych)	30			
13	Badanie w mikroskopie elektronowym	45			
14	Badanie cytologiczne CELL-BLOCK	100			
15	Antygen nowotworowy CD-20	5			
<b>Razem brutto</b>					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

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 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 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. z 2019 poz.1127 z późn. zm.).
8. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej

należyte wykonanie zamówienia.

9. Oświadczam, że spełniamy warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.

10. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:

1) termin realizacji – 24 miesiące, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego,

2) forma i termin płatności faktur: przelew 60 dni.

11. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.

12. Oświadczam, że zobowiązujemy się do poddania kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1373 z późn. zm.).

13. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji przedmiotu umowy.

14. 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) Wykaz pracowników.

3) Zaparafowany projekt umowy na świadczenia zdrowotne.

4) Zaparafowany projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

.....  
Podpis osoby upoważnionej