

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 **badań densytometrycznych** dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NP/ŚZ/5/2020.

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 5.10.2020 r. na: *"Wykonywanie badań densytometrycznych dla pacjentów SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu"*.

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Średnia ilość badań na 36 miesięcy</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość badań brutto</i>	<i>Okres oczekiwania na wynik</i>
1.	Densytometria 3 okolic anatomicznych	30			
2.	Densytometria badanie składu ciała – badanie wstępne	30			
3.	Densytometria badanie składu ciała – kolejne badanie na tym samym aparacie	6			
Razem brutto:					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na usługi.

Zamawiający zastrzega prawo ograniczenia lub rozszerzenia zakresu zamówienia.

- 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 badań mammograficznych.
 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 – 36 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego,
 - 3) 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) Wykaz pracowników
- 2) Polisa OC
- 3) Zaparafowany projekt umowy na świadczenia zdrowotne
- 3) Zaparafowany projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

.....
Podpis osoby upoważnionej