*Załącznik nr 1 do SWKO*

Pieczęć Oferenta

**Do:**

**Szpital Specjalistyczny w Chorzowie**

##### ul. Zjednoczenia 10

**41-500 Chorzów**

 **FORMULARZ OFERTY**

na: **Usługa w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych - tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, przez okres 12 miesięcy.**

**Znak sprawy KO/TK/8/19**

W nawiązaniu do ogłoszenia, dotyczącego konkursu ofert składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych obejmujących badania diagnostyczne-tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, wyszczególnionych w pakietach nr:

Pakiet nr 1 , Pakiet nr 2 \*

\*niepotrzebne skreślić

1. Dane o Oferencie (wypełnić)

Nazwa zakładu .........................................................................................................

Siedziba zakładu .........................................................................................................

Numer wpisu do rejestru………………………………..,…........................................

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego ..........................................................

Numer wpisu do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej .....................................................

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej ...................................................

Inne ………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

Osoba(y) upoważniona(e) do reprezentowania Oferenta ................................................. ................................................................................................................................................

Telefon .......................................... Fax .........................................................

e-mail ....................................................................................

1. Komisja konkursowa może doręczać oferentowi oświadczenia i zawiadomienia za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elek-

tronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73), jeżeli oferent wyrazi zgodę na doręczanie pism w postępowaniu za pomocą tych środków, wskaże adres poczty elektronicznej, a doręczający uzyska niezwłocznie, jednak nie później niż do końca dnia roboczego następującego po dniu, w którym przekazano oświadczenie lub zawiadomienie, potwierdzenie doręczenia pisma na wskazany adres.

2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert Szpitala Specjalistycznego w Chorzowie ul. Zjednoczenia 10, w sprawie konkursu ofert na Usługę w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych - tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny, wyszczególnionych w pakietach.

3.Oświadczamy, że proponowane ceny ostateczne za poszczególne pakiety zawierają wszelkie obciążenia wynikające z ewentualnych opłat.

4. Oświadczamy, że proponowane ceny jednostkowe za wykonywane badania będą stałe przez cały czas trwania umowy, tj. przez okres 12 miesięcy licząc od dnia zawarcia umowy.

5. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na związanie ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

6.Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami umowy i nie wnosimy do nich zastrzeżeń, a w przypadku wyboru naszej oferty zawrzemy umowę na warunkach określonych
w istotnych postanowieniach umowy, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego po min. 7 dniach roboczych od momentu rozstrzygnięcia konkursu ofert.

7.Oświadczamy, że w przypadku wspólnego ubiegania sie o zawarcie i wykonywanie umowy ponosimy solidarną odpowiedzialność.

8. Proponowany termin płatności za zrealizowaną usługę wynosi 30 dni, licząc od dnia otrzymania faktury VAT .

9. Określenie warunków lokalowych Oferenta:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

10.Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych pracowników udzielających świadczeń zdrowotnych (dla poszczególnych pakietów):

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

11. Wykaz aparatury i sprzętu medycznego:

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

12.Załącznikami do niniejszej Oferty są:

Kserokopie dokumentów poświadczone za zgodność z oryginałem potwierdzające dane Wykonawcy wypełnione w punkcie 1

a)...................................................................................................................................................

b)...................................................................................................................................................

c)...................................................................................................................................................

d)...................................................................................................................................................

e) inne ………………………………………………………………………………………..

13.Oświadczamy, iż wyrażamy zgodę na podpisanie umowy o treści podanej przez Zamawiającego (projekt umowy) z uwzględnieniem wykonania obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej, określonym w projekcie umowy

14. Wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO[[1]](#footnote-1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu[[2]](#footnote-2).

Uwaga!

Suma gwarancyjna wynikająca z umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej zgodnie
z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2018r., poz. 2190 z późn. zm.).

Arkusze cenowe na poszczególne pakiety stanowią nieodłączną część formularza oferty.

.........................................dnia............................................

....................................................................

podpis i pieczęć osoby uprawnionej do składania oświadczeń

 woli w imieniu Oferenta

1. rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1). [↑](#footnote-ref-1)
2. w przypadku gdy Wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Wykonawca nie składa (np. przez jego wykreślenie/usunięcie z treści oferty). [↑](#footnote-ref-2)