Oznaczenie sprawy: WSSM. 2710.3.2023

Załącznik nr 1 – Formularz Oferty

**FORMULARZ OFERTY**

**W odpowiedzi na Zaproszenie do składania ofert pn. „Białe Soboty- USG Doppler Tętnic Przedmózgowych”**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| I. DANE WYKONAWCY | | | |
| Pełna nazwa Wykonawcy zgodna z wpisem w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |  | | |
| Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą |  | | |
| Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub innego właściwego rejestru |  | | |
| Dane adresowe siedzibypodmiotu leczniczego, a w przypadku osoby fizycznej adres do korespondencji | Kod : | Miejscowość: | Ulica  i numer domu: |
| Numer telefonu: | Numer faksu : | e-mail: |
| Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego |  | | |
| Dane adresoweprzedsiębiorstwa podmiotu leczniczego | Kod : | Miejscowość: | Ulica  i numer domu: |
| Numer telefonu: | Numer faksu : | e-mail: |
| Osoby upoważnione do reprezentacji podmiotu leczniczego: | Imię: | Nazwisko: | Funkcja: |
| Imię: | Nazwisko: | Funkcja: |
| Osoba upoważnia do prowadzenia rozliczenia finansowego | Imię: | Nazwisko: | Funkcja: |
| Numer NIP: | Numer REGON: | | |
| Nazwa banku: | Numer rachunku bankowego: | | |
| Rozliczenie realizacji zadania będzie dokonywane na podstawie:  a) rachunku \* b) faktury VAT \*  \*niepotrzebne skreślić | | | |

**II KALKULACJA KOSZTÓW**

|  |  |
| --- | --- |
| **Poszczególne składowe kosztu jednostkowego** | **Koszt w zł BRUTTO** |
| Koszt jednego badania USG Doppler Tętnic Przedmózgowych wraz z opisem i omówieniem dalszego postępowania w przypadku wykrycia zmian. |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***III.LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB WYKONUJĄCYCH BADANIA W RAMACH PROGRAMU*** | | | | | |
| **liczba personelu:** | | | | **liczba etatów:** | |
| **Lp.** | **Imię** | **Nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | | **Uzyskany stopień specjalizacji** |
|  |  |  |  | |  |
|  |  |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***IV. INNE INFORMACJE*** | | | | |
| **1) WARUNKI LOKALOWE** | | | | |
| **Pomieszczenia do udzielania świadczeń** | | **Liczba** | | **Powierzchnia**  **(w m² )** |
|  | |  | |  |
|  | |  | |  |
| **2) SPOSÓB REJESTRACJI PACJENTÓW:** | | | | |
| **3) CZAS I MIEJSCE REALIZACJI PROGRAMU:** | | | | |
| **Czas wykonywania badań w ramach programu:** | dni tygodnia: | | Godziny ( od..do..): | |
| **Miejsce wykonywania badań w ramach programu:** | Ulica,  numer domu,  nr pokoju itp.: | | | |
| **4) PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY:** | | | | |
| **5) PROPONOWANA LICZBA OSÓB OBJĘTYCH PROGRAMEM** | | | | |

**V. Podpisy osób uprawnionych do reprezentacji podmiotu zgodnie z dokumentacją :**

1.....................................................................................................................................................

2.....................................................................................................................................................

3.....................................................................................................................................................

**Wymagane załączniki do oferty :**

1) aktualny odpis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą lub innego właściwego rejestru,

2) kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej,

3) oświadczenia:

a) oświadczenie Wykonawcy, że sprzęt medyczny, używany do realizacji badań, spełnia wymogi, określone w ustawie z dnia 7.04.2022r. o wyrobach medycznych ( Dz. U. z 2022 poz.974 z późn. zm.),

b) oświadczenie Wykonawcy, że osoby, które będą wykonywały badania – świadczenia zdrowotne - w ramach zapytania posiadają odpowiednie kwalifikacje i aktualne uprawnienia do ich wykonywania.

c) oświadczenie Wykonawcy, że w stosunku do niego nie stwierdzono niezgodnego z przeznaczeniem wykorzystania środków publicznych

d) oświadczenie osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy o niekaralności zakazem pełnienia funkcji związanych z dysponowaniem środkami publicznymi oraz niekaralności za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe,

e) oświadczenie, że Wykonawca jest jedynym posiadaczem rachunku, na który zostaną przekazane środki i zobowiązuje się go utrzymywać

do chwili zaakceptowania rozliczenia tych środków pod względem finansowym i rzeczowym,

f) oświadczenie osoby upoważnionej do reprezentacji Wykonawcy wskazujące, że kwota środków przeznaczona zostanie na realizację zadania zgodnie z ofertą i że w tym zakresie zadanie nie będzie finansowane z innych źródeł.

g) oświadczenie Wykonawcy, że nie podlega wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego ( Dz. U. z 2022r. poz. 835).