

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 siedziby podmiotu 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 adresowe przedsiębiorstwa 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 upoważniona 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 m ²)

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).