

Pieczęć firmowa

**Szpital Specjalistyczny Nr 2
w Bytomiu
ul. Stefana Batorego 15
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania genetycznych z zakresu ginekologii** dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu. DOKiS/O/...../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 21 grudnia 2020 roku na: "**Badania genetyczne z zakresu ginekologii dla pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu**".

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Średnioroczna ilość badań</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Wartość badań brutto</i>	<i>Okres oczekiwania na wynik</i>
1	Badania cytogenetyczne płynu owodniowego	20			
	Badania cytogenetyczne z limfocytów krwi obwodowej	5			
1	FISH	10			
2	FISH de'Gorge	3			
Razem brutto					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

- Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod

adresem:

...

-
- Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
 - Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
 - Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie badań genetycznych z zakresu ginekologii.
 - Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
 - Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
 - Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
 - 1) termin realizacji – **36 miesięcy**, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.
 - 2) forma i termin płatności faktur (nie krótszy niż **30 dni**): przelew: dni.
 - Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
 - Oświadczam, że posiadamy w zakresie swojej działalności dostęp do Portalu Potencjału udzielony przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem zamówienia.
 - Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Udzielającego Zamówienie dla potrzeb przeprowadzonego zapytania ofertowego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Wykaz złożonych dokumentów:

- 1)
- 2)
- 3)

.....
Podpis osoby upoważnionej