



Szpital Grochowski
im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.

ul. Grenadierów 51/59, 04-073 Warszawa
tel. 22 51 52 716, fax. 22 51 52 789,
mail: szpital@grochowski.waw.pl



Załącznik nr 3 do uchwały
Zarządu Szpitala Grochowskiego Nr 23/V/2025
z dnia 24.01.2025 r.

Szpital Grochowski
im. dr med. Rafała Masztaka Sp. z o.o.
ul. Grenadierów 51/59
04 - 073 Warszawa

OFERTA

na „*Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego*”

Nazwa i adres Oferenta:

Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej:

.....

NIP: REGON:

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem Oferenta):

Dane kontaktowe:

Telefon: E-mail:

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych we wskazanym powyżej zakresie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z opisem zawartym w „SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKACH KONKURSU OFERT ORAZ MATERIAŁACH INFORMACYJNYCH O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH”.

OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:

- 1) zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych”, oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń;
- 2) wykonuje **świadczenia zdrowotne objęte przedmiotem konkursu**;
- 3) posiada aktualne **ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC)** zgodne z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 866) i zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC aktualnej na dzień podpisania umowy, w terminie do 7 dni od daty podpisania umowy;
- 4) spełnia wszystkie warunki i wymagania określone w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 5) posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;

Zaufaj nam - będziesz pod fachową i zpełnią opieką!

NIP: 1132869037; REGON: 002153989
Konto: PEKAO S.A. O/Warszawa 37 1240 6074 1111 0000 4992 9164
Wpisany do KRS prowadzony przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy,
XIV Wydział Gospodarczy KRS pod numerem:0000478458.
Kapitał Zakładowy 22 510 000 złotych.



PERŁA^[2018]
Medycyny
ORŁY POLSKIEJ
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
EDYCJA 2017



- 6) posiada, zatrudnia lub współpracuje z osobami posiadającymi uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
- 7) posiada wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 8) dysponuje odpowiednim potencjałem oraz osobami zdolnymi do wykonywania zamówienia;
- 9) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
- 10) nie podlega wykluczeniu z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 5 „Szczegółowych warunków konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
- 11) Oferent wyraża zgodę na przetwarzanie jego danych osobowych zawartych w złożonej ofercie przez Udzielającego zamówienie w celu przeprowadzenia konkursu o udzielenie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuje do wiadomości, że Udzielający zamówienie będzie ich administratorem, dane będą przetwarzane zgodnie z krajowymi przepisami dot. ochrony danych osobowych w celu i w zakresie w jakim jest to niezbędne do przeprowadzenia konkursu o udzielenie świadczeń zdrowotnych, a w przypadku wyboru oferty w celu zawarcia i realizacji umowy. Dane osobowe mogą być udostępnione podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne w celu udziału w konkursie;
- 12) **oferuje następujące warunki:**
 - a) **dostępność:** 5 dni w tygodniu, od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy / 7 dni w tygodniu*
 - b) **możliwość wykonywania badań minimum w godzinach 8:30-14:30;**
 - c) **termin wykonania badań i opisów: zgodnie z postanowieniami § 4 projektu umowy;**
 - d) **termin płatności: 14 / 21 / 30* dni od dnia dostarczenia faktury do Udzielającego Zamówienia;**
 - e) ceny określone w formularzu cenowym, stanowiącym załącznik nr 1 do formularza oferty,

* - niepotrzebne skreślić lub właściwe zaznaczyć.

- 13) zapoznał się z „Informacją na podstawie art. 13 RODO skierowaną do wszystkich osób i podmiotów zainteresowanych konkursami ofert”, zawartą w ogłoszeniu o konkursie ofert;
- 14) wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w niniejszym konkursie ofert – jeżeli dotyczy.

ZAŁĄCZNIKI:

- I. wypełniony formularz cenowy;
- II. wydruk z CEIDG lub KRS;
- III. pełnomocnictwo wystawione zgodnie z Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, o ile oferta składana jest przez osobę upoważnioną do występowania w imieniu oferenta;
- IV. wydruk wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą – nie starszy niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.

.....
(data, podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)