



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 2 do uchwały
Zarządu Szpitala Grochowskiego nr 41/V/2025
z dnia 05.02.2025 r.
Modyfikacja z dnia 05.02.2025 r.

FORMULARZ OFERTOWY

I. Dane oferenta:

Pełna nazwa Przyjmującego zamówienie:

.....

Adres Przyjmującego zamówienie: ulica nr.....

Kod pocztowy: Miejscowość:

Oznaczenia organu dokonującego wpisu do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

.....

Nr wpisu do rejestru:

Nr NIPREGON

Oferuję realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych materiałów tkankowych, cytologicznych (płynów z jam ciała i z materiału z biopsji cienkoigłowych oraz w zależności od potrzeb badań histologicznych, immunohistologicznych) z transportem.

1. Stawka netto/brutto za :

a) Część nr 1 zamówienia: badanie histopatologiczne materiałów tkankowych za jeden wycinek zł

(słownie netto/ brutto:.....00/100 gr)

b) Część nr 2 zamówienia: badanie materiału biopsji cienkoigłowej (BAC, BACC)

..... zł (słownie netto/ brutto:.....00/100 gr)

c) Część nr 3 zamówienia: badanie materiału biopsji gruboigłowej zł

(słownie netto/ brutto:.....00/100 gr)

d) Część nr 4 zamówienia: Wykonanie i badanie immunohistochemiczne zł

(słownie netto/ brutto:.....00/100 gr)

Zaufaj nam - bsdzesz pod fachowcy: zupelnizuj opiekę!

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 23 062 000 złotych.



ORŁY POLSKIEJ
PRZEDSIĘBIORCZOŚCI
STYCZNIK 2017



- e) **Część nr 5 zamówienia: badanie śródoperacyjne Intra** zł
(słownie netto/ brutto:.....00/100 gr)
- f) **Część 6 zamówienia: Badanie cytologiczne płynów z jam ciała**..... zł
(słownie netto/ brutto:.....00/100 gr)
- g) **Część nr 7 zamówienia: Konsultacja specjalistyczna - przy konieczności przeprowadzenia takiego badania (po konsultacji Udzielającym zamówienie)** zł (słownie netto/ brutto:.....00/100 gr).

2. **Przyjmujący zamówienie** zapewni prawidłową komunikację elektroniczną pomiędzy **Udzielającym zamówienia** a osobą wykonującą opis badania u **Przyjmującego zamówienie**.
3. Osobą odpowiedzialną za przedmiot zamówienia (komunikacja) po stronie **Przyjmującego zamówienie** jest **Pan/Pani** tel:
.....
4. Adres siedziby, w której wykonywane będą badania histopatologiczne objęte zakresem umowy:
.....
.....
5. Termin realizacji zamówienia: **od dnia 01.04.2025 r. do dnia 31.03.2026 r.**
6. Termin płatności: 30 dni od daty dostarczenia do **Udzielającego zamówienia** prawidłowo wystawionej faktury.
7. **Przyjmujący zamówienie**, zobowiąże się do przygotowania miesięcznych zestawień wykonywanych badań z uwzględnieniem danych osobowych pacjenta (imię, nazwisko, PESEL), komórki zlecającej, określeniem rodzaju badania i daty wykonania świadczenia oraz imiennie i nazwiskiem lekarza zlecającego. Zestawienia będą dołączone do każdej faktury.
8. Oświadczam(y), że w cenie oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty (transport, materiały, leki, parafinę do zabezpieczenia pobranych wycinków itp.), związane z wykonywaniem świadczeń zdrowotnych, niezbędne dla prawidłowego i pełnego wykonania świadczeń zdrowotnych.
9. Oświadczam(y), że związani jesteśmy **ofertą do dnia 11.03.2025 r.**
10. Oświadczam(y), że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązuje(my) się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez **Udzielającego Zamówienia**.

III. Przyjmujący zamówienie 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) 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”;
- 3) dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń. Pozostające w dyspozycji Przyjmującego zamówienie pomieszczenia spełniają określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie

- szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 402);
- 4) dysponuje aparaturą i sprzętem medycznym oraz środkami łączności niezbędnymi dla prowadzenia działalności w zakresie udzielania świadczeń, przekazywania wyników badań oraz kontaktu z Udzielającym zamówienia;
 - 5) oświadcza, iż w wykonaniu umowy udzielać świadczeń zdrowotnych będzie każdorazowo personel posiadający odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia zgodne z określonymi standardami oraz przepisami prawa w tym zakresie;
 - 6) posiada uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert;
 - 7) posiada personel posiadający wiedzę i doświadczenie niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
 - 8) zobowiązuje się świadczyć usługi na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy medycznej, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa i zaleceń Polskiego Towarzystwa Patologów oraz postanowieniami umowy, przy zachowaniu należytej staranności oraz personel realizujący świadczenia zdrowotne posiada wiedzę medyczną potwierdzoną wymaganymi prawem dokumentami oraz doświadczenie gwarantujące najwyższy poziom udzielanych świadczeń;
 - 9) **na dzień podpisania umowy zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy OC na kwotę nie niższą niż na wysokość minimalną określoną w rozporządzeniu 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) w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą;**
 - 10) dysponuje odpowiednim potencjałem do wykonania zamówienia;
 - 11) znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej prawidłowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia w zakresie objętym konkursem ofert;
 - 12) nie podlega wykluczeniu z konkursu ofert z przyczyn wskazanych w § 3 ust. 6 „Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz materiałach informacyjnych o przedmiotach konkursów ofert na udzielenie zamówień na udzielanie świadczeń zdrowotnych”;
 - 13) wyraża zgodę na poddanie się kontroli przeprowadzonej przez Udzielającego Zamówienia i NFZ w zakresie objętym umową. Zobowiązuje się do spełnienia innych wymagań NFZ, których konieczność wprowadzenia nie można przewidzieć w chwili zawarcia umowy;
 - 14) zapoznał się i akceptuje wzór umowy, stanowiący **załącznik nr 4** do Szczegółowych warunkach konkursu ofert;
 - 15) wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składa ze świadomością odpowiedzialności karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia; Wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym;
 - 16) 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 niniejszej procedurze (jeśli powstał taki obowiązek);
 - 17) w stosunku do Przyjmującego zamówienie/Oferenta nie zachodzą przesłanki wskazane w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego;

- 18) w stosunku do Przyjmującego zamówienie nie zachodzą przesłanki wskazane w art. 5k rozporządzenia 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie;
- 19) Przyjmujący zamówienie jest świadom zakresu wykorzystywania i przetwarzania danych osobowych przez Udzielającego zamówienie w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności związanych z przeprowadzeniem konkursu ofert ustawą o dostępie do informacji publicznej.
- 20) Przyjmujący zamówienie jest świadom zakresu wykorzystywania i przetwarzania danych osobowych przez Udzielającego zamówienie w zakresie niezbędnym do wykonywania czynności zgodnie z dostępem do informacji publicznej (w szczególności: udostępnianie dokumentacji postępowania (w tym ofert), kontaktowania się z Przyjmującym zamówienie korzystając z otrzymanych od Oferenta danych kontaktowych);
- 21) Oferta zawiera następujące informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa (jeśli dotyczy):
.....

IV. Osoba wyznaczona/upoważniona do kontaktów z Udzielającym zamówienie:

- 1) Imię:
- 2) Nazwisko:
- 3) Adres e-mail:
- 4) Nr tel.:

V. Inne/dodatkowe informacje

Załączniki do Oferty: *

- 1) wypełniony formularz cenowy – zgodny z wzorem stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO;
- 2) kserokopia polisy ubezpieczeniowej lub oświadczenie o dostarczeniu kopii polisy ubezpieczeniowej;
- 3) kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe,
- 4) kserokopia prawa wykonywania zawodu,
- 5) kserokopie dyplomów specjalizacji, stopnie i tytuły naukowe,
- 6) kserokopia wpisu medycznego laboratorium diagnostycznego do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów. Laboratoryjnych ;
- 7) kserokopia Licencji Komisji Polskiego Towarzystwa Patologów ds. Licencjonowania Zakładów/Pracowni Patomorfologii Certyfikat Jakości wykonywanych badań histopatologicznych lub oświadczenie z potwierdzeniem wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych zgodnie z wymogami i standardami Polskiego Towarzystwa Patologów.
- 8) Certyfikaty Jakości ISO;
- 9) zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
- 10) oprócz wyżej wymienionych dokumentów Przyjmujący zamówienie/Oferent załącza do oferty dokumenty potwierdzające uprawnienie osób podpisujących ofertę, o ile nie wynikają z przepisów prawa lub innych dokumentów rejestrowych.

(* niepotrzebne skreślić)

CZŁONEK ZARZĄDU
Szpitala Grochowskiego
im. dr med. Rafała Maszarka Spółka z o.o.
ul. Włocławskiego
Krzysztof Osmański

 podpis