IDP.0245.33.2025

*Załącznik nr 1 do SWKO*

..............................

(pieczęć oferenta)

OFERTA

1. Pełna nazwa podmiotu:

....................................................................................................................................................

……………………………………………………………………………………………..……………..

2. Forma prawna:

..................................................................................................................................................

3. Dokładny adres indywidualnej praktyki lekarskiej/grupowej praktyki lekarskiej/zakładu opieki zdrowotnej - zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

4. Tel.:……………………………………………………………………………………………………

 e-mail: ……………………………………………………………………….………………………..

5. Dokładny adres do korespondencji - podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

6. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

……………………………………………………………………………………………………………

7. Numer REGON: .....................................................................................................................

8. Numer NIP: ………………………………………………………………………………………….

9. Nazwa banku i numer rachunku: ...................................………………………………………..

……………………………………………………………………………………………………………

10. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania **Oferenta**
w kontaktach zewnętrznych i **posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów)**:

................................................................………………………………………………………..…..

…………………………………………………………………………...……………………………….

11. Opis przedmiotu oferty **(zgodny z ogłoszeniem o konkursie)**:

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

12. Liczba wykonanych badań genetycznych w każdym z ostatnich dwóch lat przed dniem otwarcia ofert:

…………………………………………..……………………………………………………………….

13. Miejsce realizacji zadania: **(wpisać adres, pod którym będą udzielane świadczenia oraz konsultacja lekarska)**:

............................………………………………………………………..…………………………….

14. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta: **Poniżej należy wypisać proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych, a także wskazać miejsce, dni i godzin ich udzielania w tym dostępność stacjonarna lekarza specjalisty genetyki klinicznej**:

............................………………………………………………………..…………………………….

15. Czy oferent dostosuje się do harmonogramu Zamawiającego:

............................………………………………………………………..…………………………….

16. Czy Oferent realizuje wszystkie badania będące przedmiotem konkursu na terenie województwa świętokrzyskiego oraz czy zapewnia możliwość konsultacji lekarskiej z lekarzem genetykiem klinicznym na terenie województwa świętokrzyskiego:

……………………………………………………………………………………………………………

17. Czy Oferent udziela konsultacji genetycznych finansowanych ze środków publicznych (jeśli tak wskazać numer umowy z NFZ na udzielanie tych świadczeń):

……………………………………………………………………………………………………………

18. Czy Oferent ma zawartą umowę z Udzielającym Zamówienie na udzielanie świadczeń objętych niniejszym Przedmiotem Zamówienia:

……………………………………………………………………………………………………………

19. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać stawkę brutto w polskich złotych (ryczałtowa uśredniona za jedno badanie)**:

**Proponowana cena**:

…………………….. zł brutto za wykonanie kompleksowej diagnostyki genetycznej chorób nienowotworowych, z uwzględnieniem cytogenetycznych badań molekularnych za jedno badanie (ryczałtowa uśredniona).

20. Minimalna liczba osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych:

…………………………………………………………………………………...……………………….

21. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z SWKO oraz spełniam warunki udziału.

22. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO.

23. Oświadczam, że zapoznałem/-am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuję.

……………………………………………

 data i czytelny podpis Oferenta