IDP.0245.34.2025

*Załącznik nr 1 do SWKO*

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

(pieczęć oferenta)

FORMULARZ

OFERTOWY

1. Pełna nazwa podmiotu:

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

1. Forma prawna:

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

1. Dokładny adres podmiotu zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru:

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

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

1. Tel.:………………………………………………………… E-mail: …………………………………………………..
2. Dokładny adres do korespondencji - podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3:

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

1. Numer wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

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

1. Numer wpisu do Ewidencji Laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych:

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

1. Numer REGON: ................................................ Numer NIP: ………………………………………………….
2. Nazwa banku i numer rachunku: ...................................………………………….…………………………….

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

1. 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):

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

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

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

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

1. **Czy Oferent posiada certyfikat systemu zarządzania jakością zgodny z normą ISO 9001:2015? (TAK/NIE)**.Zaznaczyć właściwe.
2. **TAK**
3. **NIE**
4. **Czy Oferent posiada certyfikat zewnętrznej oceny jakości EQA** (External Quality Assessment) Labqualitty – w zakresie histopatologii i immunohistochemicznych metod barwienia) **(TAK/NIE)**.Zaznaczyć właściwe.
5. **TAK**
6. **NIE**
7. **Oferent posiada referencje** (minimum 4 z placówek medycznych, w tym 3 referencje w zakresie hematopatologii):

**Proszę podać liczbę referencji ………………………………………………………………………………..**

1. **Czy Oferent zrealizował co najmniej 170 badań i rozpoznań w zakresie oceny immunohistochemicznej szpiku kostnego, w okresie ostatniego roku kalendarzowego poprzedzającego termin otwarcia ofert? (TAK/NIE – proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź).**
W przypadku odpowiedzi **TAK**, proszę o podanie dokładnej liczby przeprowadzonych badań
i rozpoznań oraz dołączenie oświadczenia stanowiącego **Załącznik nr 9 do SWKO.**
2. **TAK**
3. **NIE**

**Proszę podać liczbę badań i rozpoznań: ……………………………………………………………………………**

1. **Czy Oferent udzielił co najmniej 150 konsultacji specjalistycznych profesorskich w okresie ostatniego roku kalendarzowego poprzedzającego termin otwarcia ofert** (TAK/NIE **– proszę zaznaczyć właściwą odpowiedź).** W przypadku odpowiedzi **TAK**, proszę o podanie dokładnej liczby przeprowadzonych badań oraz dołączenie oświadczenia stanowiącego **Załącznik nr 9 do SWKO.**
2. **TAK**
3. **NIE**

**Proszę podać liczbę udzielonych konsultacji specjalistycznych profesorskich: …………………………………………………………………………………………………………………….**

1. W ramach realizacji zamówienia zapewniam udział osoby spełniającej następujące wymagania: **posiada** **tytuł specjalisty z dziedziny immunologii klinicznej oraz równocześnie stopień naukowy lub tytuł naukowy a także doświadczenie w wykonywaniu badań z zakresu cytometrii** (TAK/NIE – proszę zaznaczyć właściwa odpowiedź). Jeśli **TAK,** proszę o załączenie oświadczenia stanowiącego załącznik nr 10 do SWKO.
2. **TAK**
3. **NIE**
4. **Czy Oferent będzie realizował własny odbiór materiału do badania zgodnie z harmonogramem ustalonym przez Udzielającego Zamówienie? (TAK/NIE).** Zaznaczyć właściwe.
5. **TAK**
6. **NIE**
7. W zakresie **ciągłości** oświadczam, że:
8. **w dniu złożenia oferty świadczę usługi zdrowotne będące przedmiotem niniejszego postępowania nieprzerwalnie od 6 lat (TAK/NIE).** Zaznaczyć właściwe.
9. **TAK**
10. **NIE**
11. **dotychczas współpracowałem(-am) z Udzielającym Zamówienia w okresie ostatnich
2 lat przed dniem otwarcia ofert w zakresie świadczenia usług będących przedmiotem zamówienia (TAK/NIE).** Właściwe zaznaczyć.
12. **TAK**
13. **NIE**
14. Oferta cenowa: **Poniżej należy wpisać w punktach A1) – A5) stawkę brutto w polskich złotych**.

**Proponowana cena:**

**A1**- badanie histopatologiczne materiałów tkankowych**:** w wysokości …………………………zł brutto **za jeden bloczek**

**A2**- odwapnianie materiału: w wysokości ………………………..zł brutto za **jedno badanie
A3**- badanie materiału z biopsji gruboigłowej, w wysokości ………………………..zł brutto **za jeden bloczek**

**A4**- badanie immunohistochemiczne: w wysokości ………………………..zł brutto **za jeden odczyn**

**A5**- konsultacja specjalistyczna/przy konieczności przeprowadzenia takiego badania:
w wysokości ………………………..zł brutto **za jedną konsultację profesorską**

1. W skład oferty wchodzą następujące dokumenty: **(zaznaczyć poniżej i złożyć** wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności):
* Formularz ofertowy – załącznik nr 1 do SWKO.
* Formularz asortymentowo-cenowy – załącznik nr 2 do SWKO.
* W przypadku prowadzenia działalności gospodarczej, w zależności od formy organizacyjno-prawnej:
* aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
* aktualny wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego.
* Aktualny wydruk pierwszej strony księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – jeśli dotyczy.
* Zaświadczenie o wpisie do Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych.
* Poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię certyfikatu ISO 9001:2015 – jeśli dotyczy.
* Poświadczoną za zgodność z oryginałem kopię certyfikatu zewnętrznej oceny jakości EQA (External Quality Assessment) Labqualitty – w zakresie histopatologii
i immunohistochemicznych metod barwienia (jeśli dotyczy).
* Kserokopia dowodu zawarcia aktualnie obowiązującej umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującego szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych.
* W przypadku badań laboratoryjnych oświadczenie kierownika laboratorium, iż badania będą wykonywane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lipca 2024 r.
w sprawie wymagań, jakim powinno odpowiadać medyczne laboratorium diagnostyczne, oraz kwalifikacji personelu, a także, że prowadzi stałą wewnętrzną kontrolę jakości badań będących przedmiotem Umowy.
* Oświadczenie o posiadaniu aparatur – załącznik nr 5.
* Oświadczenie o spełnieniu wymaganych kwalifikacjach zawodowych – wykaz osób załączonych do realizacji zamówienia – załącznik nr 6.
* Oświadczenie wg załącznika nr 7 do SWKO (uzupełnienie w punkcie dotyczącym minimalnej liczby osób).
* Referencje potwierdzające doświadczenie Oferenta w zakresie prowadzenia diagnostyki patomorfologicznej (minimum 4, w tym 3 referencje w zakresie hematopatologii).
* Oświadczenie dot. potwierdzenia, że w ciągu ostatnich 5 lat nie rozwiązano umowy
 o świadczenie usług zdrowotnych z winy Oferenta – załącznik nr 8.
* Oświadczenie dot. realizacji badań i konsultacji – załącznik nr 9.
* Oświadczenie dot. wykwalifikowanej kadry specjalistycznej – załącznik nr 10.
* Dyplom potwierdzający nadanie stopnia naukowego – jeśli dotyczy załącznika nr 10.
* Dyplom potwierdzający nadanie tytułu naukowego – jeśli dotyczy załącznika nr 10.
* Dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty- jeśli dotyczy załącznika nr 10.

 …………………………………………………………

 data i czytelny podpis Oferenta

1. Oświadczam, że Oferent zapoznał się z SWKO oraz spełnia warunki udziału.
2. Oświadczam, że Oferent zapoznał się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuje.
3. Oświadczam, że Oferent zapoznał się z Umową powierzenia danych, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO i w pełni ją akceptuje.

 …………………………………………………………

 data i czytelny podpis Oferenta