

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:
2. Adres:
3. Numer telefonu
4. Numer fax
5. E-mail
6. NIP
7. REGON
8. Numer rachunku bankowego
9. Numer wpisu do Rejestr
Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)
10. Organ dokonujący wpisu

Pakiet nr 1 :**Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:****wartość brutto zł****(słownie)****Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.****Pakiet nr 2 :****Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:****wartość brutto zł****(słownie)****Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.**

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

....., dn.

.....
(Nazwa Oferenta)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert oraz Materiałami Konkursowymi i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz spełniam wymagania określone w pkt IVA pkt 1- 11 Materiałów Konkursowych.
2. Oświadczam, że akceptuję przedstawiony w Materiałach projekt umowy.
3. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że gwarantuję stałość cen jednostkowych przez cały okres realizacji umowy.
5. Oświadczam, że ceny jednostkowe brutto wskazane w Formularzu Cenowym obejmują wszystkie koszty związane z należyтым wykonaniem przedmiotu zamówienia i nie będzie mi przysługiwało żadne dodatkowe lub uzupełniające wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy.
6. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej gwarantującej wykonanie przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług oraz zobowiązuję się do kontynuacji ww. ubezpieczenia na okres trwania umowy.
8. Oświadczam, że za wyjątkiem dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr, oferta oraz wszelkie oświadczenia są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu².

.....
(Podpis Oferenta)

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

² W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

FORMULARZ CENOWY – Pakiet 1
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA - TRYB PLANOWY

Lp.	Nazwa badania/konsultacji	Planowana liczba badań/konsultacji	Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji	Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji
1.	TK: badanie głowy - bez środka kontrastowego	24		
2.	TK: badanie głowy - bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	24		
3.	TK: badanie innej okolicy anatomicznej - bez środka kontrastowego	30		
4.	TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	147		
5.	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i z środkiem kontrastowym (łącznie)	153		
6.	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	51		
7.	TK: badania wielofazowe innej okolicy anatomicznej (obejmuje badanie podstawowe bez środka kontrastowego i nie mniej niż dwie fazy ze środkiem kontrastowym)	9		
Wartość badań ogółem				

Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:
(kwota brutto słownie)
Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi:

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:
.....
(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi:

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji:

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY – Pakiet 2
TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA – tryb cito (całodobowa realizacja badań)

Lp.	Nazwa badania/konsultacji	Planowana liczba badań/konsultacji	Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji	Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji
1.	TK: badanie głowy - bez środka kontrastowego	10		
2.	TK: badanie głowy - bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	46		
3.	TK: badanie innej okolicy anatomicznej - bez środka kontrastowego	22		
4.	TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	46		
5.	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i z środkiem kontrastowym (łącznie)	60		
6.	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	30		
7.	TK: badania wielofazowe innej okolicy anatomicznej (obejmuje badanie podstawowe bez środka kontrastowego i nie mniej niż dwie fazy ze środkiem kontrastowym)	2		
Wartość badań/konsultacji ogółem				

Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:

(kwota brutto słownie)

Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
Poniedziałek	całodobowo
Wtorek	całodobowo

Środa	całodobowo
Czwartek	całodobowo
Piątek	całodobowo
Sobota	całodobowo
Niedziela	całodobowo

Świadczenia zdrowotne udzielane będą całodobowo.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:
.....
(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi:

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji:

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

Wykonawca:

Nazwa podmiotu składającego oświadczenie:

(pełna nazwa, adres, NIP, KRS)

reprezentowany przez:

(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

OŚWIADCZENIE WYKONAWCY DOTYCZĄCE PRZESŁANEK WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA

zawartych w art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835)

Na potrzeby postępowania prowadzonego przez Szpital Specjalistyczny w Zabrze o nazwie

oświadczam, co następuje:

Mając na uwadze przesłanki wykluczenia zawarte w art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835)

- oświadczam, że nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz.U. poz. 835).

Oświadczam, że wszystkie informacje podane w oświadczeniu są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia Zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

.....

Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta