



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W PORĘBIE**

ul. Wojska Polskiego 20, 42-480 Poręba

**FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Oznaczenie oferenta:

.....  
.....

Adres oferenta:

.....

.....  
*(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)*

Adres do korespondencji:

.....

.....Tel. ....

**UWAGA:**

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
  - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ KRS lub wyciąg z CEIDG, REGON, NIP
  - kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej.



**I. ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:**

KRYTERIUM: CENA

.....

.....

KRYTERIUM: CZAS OCZEKIWANIA NA WYNIK BADAŃ

.....

.....

Przy wyborze ofert Udzielający zamówienia będzie kierował się następującymi kryteriami:

**I. Cena za udzielane świadczenia – 80%**

Sposób obliczenia punktacji:

$$\frac{\text{Cena najniższa wśród ofert niepodlegających odrzuceniu}}{\text{Cena badanej oferty}} \times 100 \times 0,8$$

**Oferta z najniższą Ceną otrzyma (przy ocenie tego kryterium) maksymalną liczbę punktów – 80.**

**II. Czas oczekiwania na wynik badań – 20%**

$$\frac{\text{Czas minimalny}}{\text{Czas badanej oferty}} \times 100 \times 0,2$$

**Oferta z najniższym czasem oczekiwania otrzyma (przy ocenie tego kryterium) maksymalną liczbę punktów – 20.**

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, za wszystkie łącznie ocenione kryteria (do **100 punktów**).

**Oświadczam, że:**

- 1) świadczenia wykonywane przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji przyjmującego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

**oraz, że zapoznałem się z treścią:**

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń,
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

.....  
Data

.....  
Podpis i pieczęć Oferenta

**UWAGA :** *W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.*

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1. ....
2. ....
3. ....