

pieczęć

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.

pieczęć

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:

Cena najniższa wśród ofert niepodlegających odrzuceniu

----- x 100 x 0,8

Cena badanej oferty

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

II. Czas oczekiwania na wynik badań – 20%

Czas minimalny

----- x 100 x 0,2

Czas badanej oferty

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.