**Załącznik nr 1**

**OFERTA**

Nazwa Przyjmującego Zanówienie:...........................................................................................................

Adres\*.......................................................................................................................................................

tel.\*...........................................................................................................................................................

REGON\*....................................................................................................................................................

NIP\*...........................................................................................................................................................

E-mail\* na który Udzielającym zamówienie ma przesłać korespondencję................................................

Nr księgi rejestrowej …...............................potwierdzający wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert pn.: **Udzielanie świadczeń w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem Neuropsychiatrycznym SPZOZ w Lublinie** nr sprawy: SzNSPZOZ.A-ZP-263.1.26/PS3.

Oferuję realizację zamówienia:

**w cenie brutto** - ............................................. zł, w tym zw stawka podatku VAT

*(słownie cena brutto: ......................................................................................….................)*

W tym:

**Przewidywane zapotrzebowanie na profilaktykę poekspozycujną zakażeń HBV, HCV, HIV.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj Usługi**  **(na podstawie umowy)** | **Szacunkowa liczba badań** | **Cena jednostkowa** | **Wartość brutto ogółem** |
| 1 | Porada lekarska/konsultacja specjalisty chorób zakaźnych | 30 |  |  |
| 2 | Wykonanie badań diagnostycznych w zależności od potrzeb: | | |  |
| a) | Morfologia krwi + Rozmaz z analizatora | 30 |  |  |
| b) | Morfologia krwi pełna z analizatora+ rozmaz manualny | 30 |  |  |
| c) | Amylaza | 30 |  |  |
| d) | Lipaza | 30 |  |  |
| e) | Gamma- glutamylotransferaza (GGTP) | 30 |  |  |
| f) | Aminotransferaza alaminowa (ALT) | 30 |  |  |
| g) | Aminotransferaza asparginowa (AST) | 30 |  |  |
| h) | Bilirubina całkowita | 30 |  |  |
| i) | Fosfataza alkaliczna (ALP) | 30 |  |  |
| j) | Glukoza | 30 |  |  |
| k) | Kreatynina | 30 |  |  |
| l) | Mocznik | 30 |  |  |
| ł) | Sód | 30 |  |  |
| m) | Potas | 30 |  |  |
| 3 | Badania wirusologiczne osoby narażonej na zakażenie, materiału biologicznego pochodzącego od osoby będącej źródłem zakażenia,  w zależności od potrzeb | | |  |
| a) | HIV antygen i przeciwciała (HIV DUO) | 30 |  |  |
| b) | HBs antygen | 30 |  |  |
| c) | HBs antygen z testem potwierdzenia (HBs-Ag) | 30 |  |  |
| d) | HBs antygen – test ilościowy | 30 |  |  |
| e) | Przeciwciała przeciw HBs( anty- HBs) | 30 |  |  |
| f) | Przeciwciała przeciw HBc Total (anty-Hbc total) | 30 |  |  |
| g) | Przeciwciała przeciw HBc IgM | 30 |  |  |
| h) | HBe antygen (HBeAg) | 30 |  |  |
| i) | Przeciwciała przeciw HBe (anty-HBe) | 30 |  |  |
| j) | Przeciwciała przeciw HCV(anty-HCV) | 30 |  |  |
| k) | Jakościowa ocena HCV-RNA | 30 |  |  |
| l) | HCG ( gonadotropina kosmówkowa) | 30 |  |  |
| 4 | Profilaktyka poekspozycyjna zakażenia HIV, WZW typu B, C  \* do 5 wizyt kontrolnych (ostatnia po 6 miesiącach od ekspozycji w przypadku narażenia na zakażenie)  w terminach wyznaczonych obejmujących udzielenie porady z realizacją laboratoryjnych badań diagnostycznych (w zależności od potrzeb) i wydaniem zaleceń. | 150 |  |  |
| **RAZEM** | | | |  |

POWYŻSZE KONSULTACJE I BADANIA WYKONYWANE SĄ W ZALEŻNOŚCI OD POTRZEBY NA ZLECENIE LEKARZA. DODATKOWO W PRZYPADKU STWIERDZENIA U PRACOWNIKA SYTUACJI ZAGROŻENIA ZAKAŻENIEM HIV, KONIECZNE MOŻE BYĆ ZASTOSOWANIE LEKÓW ANTYRETROWIRUSOWYCH A W PRZYPADKU STWIERDZENIA ZAGROŻENIA ZAKAŻENIEM HBV PODANIA IMMUNOGLOBULINY SWOISTEJ ANTY-HBS I SZCZEPIONKI PRZECIW WZW TYPU B.

**JAKOŚĆ ŚWIADCZEŃ:**

*Poniżej zaznaczyć właściwe*

**□** Deklaruję czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej **do 1 godziny** od chwili zgłoszenia się pacjenta   
do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem

**□** Deklaruję czas rozpoczęcia konsultacji lekarskiej **do 2 godziny** od chwili zgłoszenia się pacjenta   
do miejsca wskazanego w ofercie do realizacji usługi w zakresie specjalistycznego postępowania poekspozycyjnego dla pracowników i osób współpracujących ze szpitalem

**KOMPLEKSOWOŚĆ ŚWIADCZEŃ**

**Oświadczam, że nie będę korzystał z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy   
na świadczenie zdrowotne**

*Poniżej zaznaczyć właściwe* **□ TAK   
□ NIE**

**DOSTĘPNOŚĆ ŚWIADCZEŃ**

*Poniżej zaznaczyć właściwe*

**□**  Deklaruję świadczyć usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej na terenie miasta Lublin

**□**  Deklaruję świadczyć usługi w siedzibie Przyjmującego zamówienie usytuowanej max 10 km od granic miasta Lublin

**CIĄGŁOŚĆ ŚWIADCZEŃ**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

**□** Deklaruję świadczyć usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo wraz z możliwością hospitalizacji   
w siedzibie Przyjmującego zamówienie

**□** Deklaruję świadczyć usługi przez 7 dni w tygodniu całodobowo bez możliwości hospitalizacji   
w siedzibie Przyjmującego zamówienie

1. Zobowiązuje się wykonać powyższe świadczenia wg potrzeb Udzielającego zamówienie przez okres 36 miesięcy począwszy od dnia 10.02.2026 r.
2. Świadczenia udzielane będą w

.......................................................................................................................................................................... *(miejsc e udzielania świadczeń)*

1. Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych: ………………
2. Osobą / osobami do kontaktów z Udzielającym zamówienie odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest/są:
3. ………………………………….. tel. kontaktowy ……………………………… e- mail: .................................
4. ………………………………….. tel. kontaktowy ……………………………… e- mail: ..............................…
5. **Oświadczam, że:**
6. posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą zgodnie z ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA FINANSÓW z dnia 29 kwietnia 2019 r.   
   w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019 poz. 866):

Nr polisy................................ w.........................................................................................

z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą........................................................... zł w odniesieniu do jednego zdarzenia / dla wszystkich zdarzeń\*

i zobowiązuję się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy;

1. uważam/y się za związanym niniejszą ofertą przez 30 dni od daty ustalonej jako termin składania ofert;
2. akceptuję w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em   
   się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2;
3. posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędną wiedzę   
   i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi   
   do udzielenia świadczeń zdrowotnych, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej udzielenie świadczeń zdrowotnych;
4. ofertę niniejszą składam na …........ kolejno ponumerowanych stronach;
5. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

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

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

…………………, dnia …………

……………........................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)