**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

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

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

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

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

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

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....................................................................

Nr księgi rejestrowej …................................................................. potwierdzającą wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert pn.: **Udzielanie** **przez technika analityki medycznej świadczeń zdrowotnych w Laboratorium** **na rzecz pacjentów Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. M. Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie**

oferujemy:

1. **Kryterium Cena**

w cenie brutto za 1 h ……..zł w tym stawka podatku VAT

(Słownie cena jednostkowa brutto: ……………………………….………..)

Wartość brutto (*cena brutto za 1h x 948 h*): ........................................………….. zł

w tym stawka podatku VAT

(słownie razem wartość brutto: ………………..……………………….)

Osoba realizująca usługę …………………………………………………………………………………

 *(imię i nazwisko)*

1. **Kryterium jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

* **Deklaruję posiadanie uprawnień serologicznych i doświadczenie w obsługiwaniu zestawu do techniki mikrokolumnowej w badaniach immunohematologicznych powyżej 3 lat**
* **Deklaruję posiadanie uprawnień serologicznych i doświadczenie w obsługiwaniu zestawu do techniki mikrokolumnowej w badaniach immunohematologicznych od 2 roku do 3 lat**
* **Deklaruję posiadanie uprawnień serologicznych i doświadczenie w obsługiwaniu zestawu do techniki mikrokolumnowej w badaniach immunohematologicznych od 1 roku do 2 lat**
1. **Kryterium kompleksowość świadczeń**

**Oświadczam, że:**

zaznaczyć właściwe:

* **nie będę** korzystał z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne
* **będę korzystał** z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne
1. **Kryterium dostępność świadczeń**

zaznaczyć właściwe:

* **deklaruję realizację usługi 3 razy w tygodniu w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę pracowni, według harmonogramu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie - oraz dodatkowo na wezwanie Udzielającego zamówienie**
* **deklaruję realizację usługi 3 razy w tygodniu w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę pracowni, według harmonogramu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie**
1. **Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* **Deklaruję posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem** **zamówienia u udzielającego zamówienie powyżej 5 lat**
* **Deklaruję posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia od 1 roku do 5 lat**
1. Termin wykonania – usługi będą świadczone **przez okres 12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

………………………………….. tel. kontaktowy …………mail:.....................................

……………………………………tel. kontaktowy.................mail:.....................................

1. **Akceptuje/my i potwierdzam/my wykonywanie następujących zadań –**
2. **Oświadczam/y, że:**
3. posiadam/y ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności / wykonywanej pracy.:

Nr polisy………………………….. w …………………………………………… z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą .............................................................. zł w odniesieniu
do jednego zdarzenia oraz …………………. zł dla wszystkich zdarzeń i zobowiązujemy się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy;

1. akceptuję/my 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;
2. 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;
3. ofertę niniejszą składam na ….....................kolejno ponumerowanych stronach;
4. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

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

…………………, dnia………… …………….....................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)