**Załącznik nr 1 do SWKO**

**Nr konkursu ofert DT/KM/1/2023**

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| **DANE OFERENTA** | |
| **Nazwa** |  |
| **Adres** |  |
| **Numery wpisów do właściwych rejestrów (RPWDL, KRS)** |  |
| **NIP** |  |
| **REGON** |  |
| **Imię i nazwisko, e-mail oraz numer telefonu osoby kontaktowej  w zakresie składanej oferty** |  |
| **DANE DO UMOWY** | |
| **Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do podpisania umowy** |  |
| **Nazwa banku**  **Nr rachunku bankowego** |  |

**................................................. .................................................**

Data Podpis i pieczęć Oferenta

**Spis załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| **1** | Oferta cenowa - według załączonegowzoru **- załącznik nr 2 do SWKO** |  |  |
| **2** | Oświadczenie – według załączonego wzoru – **załącznik 3 do SWKO** |  |  |
| **3** | Oświadczenie o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym – według załączonego wzoru – **załącznik 4 do SWKO** |  |  |
| **4** | Uwierzytelniona kopia polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej **/** Oświadczenie Oferenta, iż w przypadku wyboru jego oferty najpóźniej w dniu podpisywania umowy przedłoży Zamawiającemu kopię polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej - według załączonegowzoru **- załącznik nr 5 do SWKO** (**niewłaściwe skreślić**) |  |  |
| **5** | Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej albo aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu |  |  |
| **6** | Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |  |
| **7** | Uwierzytelniona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych **lub** oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu (**niewłaściwe skreślić**) **JEŚLI DOTYCZY** |  |  |
| **8** | Harmonogram wykonywania badań **-** **załącznik nr 6 do SWKO** |  |  |
| **9** | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę (jeśli dotyczy) |  |  |
| **10** | Inne (wymienić jakie) |  |  |

**................................................. .................................................**

Data Podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 3 do SWKO**

**Nr konkursu ofert DT/KM/1/2023**

**...................................................................................................................**

**(pieczęć Oferenta)**

**Oświadczenie**

Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie oraz niniejszych Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści,
2. akceptuję bez zastrzeżeń projekt umowy stanowiący **Załącznik nr 7 do SWKO** oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na przedstawionych warunkach,
3. będę kontynuował umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy,
4. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert,
5. wypełniłem oraz zobowiązuję się w przyszłości wypełniać obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 Rozporządzenia 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), zwane RODO, wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem lub pozyskam w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia w przedmiotowym postępowaniu konkursowym lub zawarcia i realizacji umowy zawartej w wyniku przeprowadzonego postępowania konkursowego1.

**................................................. .................................................**

Data Podpis i pieczęć Oferenta

----------------------

1 W przypadku, gdy Oferent 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 Oferent nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**Załącznik nr 4 do SWKO**

**Nr konkursu ofert DT/KM/1/2023**

**...................................................................................................................**

**(pieczęć Oferenta)**

**Oświadczenie**

**o spełnianiu wymogów określonych w warunkach konkursu ofert dla świadczeń objętych postępowaniem konkursowym**

Oświadczam, iż spełniam wymogi określone wobec Oferentów w warunkach niniejszego konkursu oraz dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym, jak również personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych składaną ofertą.

**................................................. .................................................**

Data Podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 5 do SWKO**

**Nr konkursu ofert DT/KM/1/2023**

**...................................................................................................................**

**(pieczęć Oferenta)**

**Oświadczenie Oferenta,**

**dotyczące ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej**

Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawię kopię polisy potwierdzającej zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej.

**................................................. .................................................**

Data Podpis i pieczęć Oferenta

**Załącznik nr 6 do SWKO**

**Nr konkursu ofert DT/KM/1/2023**

**HARMONOGRAM WYKONYWANIA BADAŃ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych (dokładny adres, nr tel. kontaktowego)** | **Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**................................................. .................................................**

Data Podpis i pieczęć Oferenta