**Załącznik nr 1 do SWKO**

# **FORMULARZ OFERTOWY**

Imię i nazwisko / nazwa zakładu Przyjmującego zamówienie:......................................................................................

Adres i siedziba Przyjmującego zamówienie ...............................................................................................................

…………………………………………………………………………………………………………………………

Województwo……………………………………………………………………………….…………………………

Tel. / fax.: …..................................................................................................................................................................

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………….…………………………

NIP: ...............................................................................................................................................................................

REGON: .......................................................................................................................................................................

Numer wpisu do właściwego rejestru ………….

**AO-ŚM-9-2018**

**PRZEDMIOT KONKURSU:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnychwykonywaniebadań RTG – klatki piersiowej w ramach projektu: Wczesna diagnostyka gruźlicy u mieszkańców województwa świętokrzyskiego z grup szczególnego ryzyka, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Świętokrzyskiego na lata 2014-2020, współfinansowanego ze środków Europejskiego Funduszu Społecznego.

**Obszar udzielania świadczeń:** (wpisać powiat) …………………………..

KOD CPV: 85150000-5 Usługi obrazowania medycznego

KOD CPV: 85121000-3 Usługi medyczne

**Kryteria oceny: CENA - JAKOŚĆ – KOMPLEKSOWOŚĆ – DOSTĘPNOŚĆ - CIĄGŁOŚĆ**

###### W zakresie kryteriów cena oświadczam, iż:

######  zgodnie z określonymi wymogami oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę ofertową:

Całkowita kwota wynagrodzenia za 1 badanie wraz z opisem + (płyta CD lub klisza RTG) ………………………………….

(słownie: ………………………………………………………………………………………………………………).

**b) W zakresie kryteriów jakość** oświadczam, iż:

W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam …………… letnie doświadczenie.

**c) W zakresie kryteriów kompleksowość** oświadczam, iż:

Proponuje następujące warunki i udogodnienia dla Udzielającego zamówienie (wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „**X**”) :

* + - 1. Wynik badania wydawany pacjentowi w dniu następnym i kolejnym po wykonaniu
			badania (maksymalny termin 7 dni roboczych) …………
			2. Wynik badania wydawany pacjentowi w dniu wykonania badania
			(pacjent zgłosi się do godz…..) ………….

**d) W zakresie kryteriów dostępność** oświadczam, iż:

W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia Udzielający zamówienia przyznaje punkty za gotowość Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym zakresie: (wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „**X**”):

* + - 1. Badanie po wcześniejszym ustaleniu terminu …………..
			2. Badanie bez konieczności wcześniejszego ustaleniu terminu …………..

**e) W zakresie kryteriów ciągłość** oświadczam, iż:

W zakresie gotowości Przyjmującego Zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia w określone dni tygodnia proponuje następujące warunki (wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „**X**”):

1. Wyłącznie w dni powszednie (od poniedziałku do piątku) ………….
2. W dni powszednie (od poniedziałku do piątku) a także w weekendy ...………..

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów (w każdym powiecie odrębnie), **za wszystkie łącznie ocenione kryteria.**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam, że zawarte w szczegółowych warunkach konkursu projekty umów (załącznik nr 2 i załącznik nr 3) zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wymaganiami Udzielającego zamówienia określonymi w SWKO i umowie.
5. Oświadczam, że badania wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z określonymi standardami i obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
6. Oświadczam, że sprzęt na którym będzie realizowany przedmiot zamówienie posiada wszystkie wymagane przepisami prawa dokumenty dopuszczające go użytku.
7. Zobowiązuję się do utrzymywania ważnego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne przez cały okres obowiązywania umowy
i każdorazowego doręczania Udzielającemu zamówienia aktualnej umowy.
8. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie, oświadczeniu oraz dokumentach dołączonych do oferty są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
9. Do nadzorowania i wykonania umowy oraz bieżących kontaktów z Udzielającym zamówienia upoważniony/a będzie Pan/Pani ………………….…………………………………………………… tel.:…………………………………………….. fax.:………………………………………………………..
10. Załącznikami do oferty są:

1) nr str.

2) nr str.

3) nr str.

4)…………………………………………………… nr str.

5)…………………………………………………….nr str.

…………………………………… ……………………………………………………….

(data, miejscowość) (podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych

 do reprezentowania Oferenta)