Załącznik nr 2

Dotyczy postępowania AO-ŚM-2-2019

# **FORMULARZ OFERTOWY**

Imię i nazwisko / nazwa zakładu oferenta: ................................................................................................................

Adres i siedziba oferenta: ...................................................................................................................................

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

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

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

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

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

Numer wpisu do właściwego rejestru …………

Adres laboratorium wykonującego badania:…………………………………………………………………….

**KOD CPV:** 85145000-7 Usługi świadczone przez laboratoria medyczne

Udzielanie świadczeń zdrowotnych - wykonywanie badań laboratoryjnych

###### dla Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznym im. św. Rafała w Czerwonej Górze

ul. Czerwona Góra 10, 26-060 Chęciny

**Kryteria oceny: CENA 100%**

###### Zgodnie z określonymi wymogami oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę ofertową: ………….. zł netto (słownie:…………………. 00/100), brutto zł (słownie:………………… 00/100)

1. Oświadczam, że zapoznałem się z Warunkami i wymaganiami postępowania i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz, że posiadam konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam, że projekty umów (załącznik nr 4 i nr 5) zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej oferty do zawarcia umów 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 określonymi w Warunkach i wymaganiach oraz umowie.
5. Oświadczam, że opisy badań wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z określonymi standardami i obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
6. Oświadczam, że dysponuję infrastrukturą techniczną niezbędną do udzielania świadczeń, dopuszczoną do użytkowania i spełniającą wszelkie wymogi stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.
7. Oświadczam, że posiadam wymagane prawem ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych.
8. Do nadzorowania i wykonania umowy oraz bieżących kontaktów z Udzielającym zamówienia upoważniony/a będzie Pan/Pani ……………………………………………….. tel.:………………………… fax.:………………., e-mail: ………………………………………………
9. Załącznikami do oferty są:

1) nr str.

2) nr str.

3) nr str.

**................................................. …………………………………………………….**

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

 ***do reprezentowania Oferenta)***