Załącznik nr 2 do Zaproszenia do Składania Ofert

Dotyczy postępowania AO-ŚM-6-2023

# **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 Specjalistycznego 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. Oświadczam, że posiadam certyfikaty kontroli jakości dla wykonywanych badań, których kserokopie potwierdzone za zgodność z oryginałem załączam do niniejszej oferty.
9. Oświadczam, że wyrażam zgodę na doręczanie przez Udzielającego zamówienia oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73)
10. Do nadzorowania i wykonania umowy oraz bieżących kontaktów z Udzielającym zamówienia upoważniony/a będzie Pan/Pani ……………………………………………….. tel.:………………………… fax.:………………., e-mail: ………………………………………………
11. Załącznikami do oferty są:

1) Certyfikaty kontroli jakości - nr str.

2) nr str.

3) nr str.

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

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

***do reprezentowania Oferenta)***