Konkurs nr AZP.4300.3.2022 **Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**1. DANE OFERENTA:**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON ..................................... NIP .................................................

Osoba do kontaktu z Zamawiającym …………………………………………….

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

e-mail ...................................................................

**2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej poprzez zdalne opisy badań Tomografii Komputerowej (TK) i badań rentgenowskich (RTG) dla Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. Z O.O. zgodnie z formularzem ofertowo- cenowym (załącznik nr 2 do SWKO) za cenę brutto:……………………………….. zł**

**słownie ……………………………………………………**

**3. Oświadczam, że:**

1. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej poprzez zdalne opisy badań TK i badań RTG, będących przedmiotem niniejszego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. 2022 poz. 633 ze zm.) oraz jestem zarejestrowany we właściwym rejestrze podmiotów leczniczych,
2. posiadam uprawnienie do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,
3. dysponuję osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia, tj. posiadam wykwalifikowany personel przeznaczony do wykonywania zamówienia tj. min 5 lekarzy z dwuletnim doświadczeniem w opisywaniu badań TK i RTG**,**
4. posiadam niezbędny potencjał techniczny, w tym odpowiedni sprzęt komputerowy i wdrożony system (oprogramowanie), umożliwiający, poprzez połączenie ze stroną internetową - rejestrowanie zleceń oraz zamieszczanie wyników badań zleconych przez Udzielającego zamówienia,
5. posiadam udokumentowane należyte wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania i opisywania badań RTG i TK, dla min. 2 publicznych podmiotów leczniczych - szpitali, przez okres nieprzerwanie min. 1 roku, w okresie minionych trzech lat w zakresie porównywalnym z tym jaki jest określony w niniejszym postępowaniu.
6. posiadam aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w zakresie udzielonego zamówienia na sumę nie mniejszą niż 75.000,00 EURO na jedno zdarzenie i 350.000,00 EURO na wszystkie zdarzenia w okresie ubezpieczenia,
7. zobowiązuję się przeszkolić personel w zakresie obsługi i użytkowania zaproponowanego rozwiązania sposobu wysyłania zleceń oraz odbioru wyników (opisów) badań.

 **4. Ponadto oświadczam, że:**

1. Uzyskałem informacje konieczne do przygotowania i złożenia oferty.
2. Zapoznałem się z treścią Ogłoszenia konkursu ofert, SWKO oraz projektem umowy, akceptuję ich treść oraz nie wnoszę zastrzeżenia do umowy.
3. Załączone kserokopie dokumentów wykonane zostały z oryginału dokumentu, a zawarte w nich dane są zgodne ze stanem faktycznym i prawnym.
4. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym na dzień składania oferty.
5. Wyrażam zgodę na 30 dniowy termin płatności.
6. Oferuję realizację usługi w terminie 24 miesięcy od dnia podpisania umowy.
7. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
8. Następujące części niniejszego zamówienia zamierzam powierzyć podwykonawcom: .........................\*
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielanie świadczeń zdrowotnych w niniejszym postępowaniu.

 **5. Osoba uprawniona do kontaktów z Udzielającym zamówienie:**

Imię i nazwisko: …………………………....,

Nr telefonu: …………………….,

Adres e-mail…………………….

 **6. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy:**

Imię i nazwisko: ………………………....,

Nr telefonu: …………………….,

Adres e-mail…………………….

 **7. Osoba, która w przypadku wyboru naszej oferty podpisywać będzie umowę:**

 …........................................................................................................

|  |  |
| --- | --- |
| ……………………………… |   .………………………………………… |
|  Miejscowość, data | Podpis oferenta / upoważnionego przedstawiciela |

*\*Jeśli dotyczy*