### MSS-DN-ZPP-26-KO-2/22 Załącznik Nr 2 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

 zamówienie dokonywane w trybie konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie

wykonywaniahemodializ oraz ambulatoryjnej opieki specjalistycznej z zakresu nefrologii dla dorosłych

wraz z najmem powierzchni na ten cel.

**Dane dotyczące Pryzmującego Zamówienie:**

Nazwa: ..........................................................................................................................................................

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

Województwo: .................................................. powiat: ……............................................................................

Nr telefonu: ..................................................... e- mail: ………………………………………..………………………………………

Nr NIP: ............................................................ Nr REGON: ...........................................................................

Osoba upoważniona do kontaktów: .................................................... tel.: …………………………………..

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

1. **Przyjmujący zamówienie składa ofertę dla przedmiotu zamówienia.**

**Cena oferty zamówienia określona jest w formularzu cenowym, stanowiącym Załącznik nr 1 do SWKO.**

1. **Termin realizacji zamówienia: 10 lat od daty zawarcia umowy**
2. **Oświadczamy, że posiadamy …… lat doświadczenia w zakresie wykonywania hemodializ.**

(Zgodnie z opisem kryteriów zaoferowany okres nie może być krótszy niż 5 lat).

1. **Termin płatności wynosi 60 dni** od prawidłowo wystawionej faktury, na podstawie prawidłowo wypełnionych dokumentów rozliczeniowych.
2. Oświadczamy, że uważamy się za związanych ofertą na czas wskazany w SWKO.
3. Oświadczamy, że wartość oferty uwzględnia wszystkie wymagania określone w SWKO oraz obejmuje wszelkie koszty, jakie poniesiemy z tytułu należytej oraz zgodnej z obowiązującymi przepisami realizacji przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczamy, że:
5. jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym,
6. posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonywania przedmiotu umowy oraz posiadamy niezbędną wiedzę i doświadczenie,
7. dysponujemy odpowiednią posiada kadrę pracowników medycznych do wykonania przedmiotu umowy, posiadających wymagane prawem odpowiednie kwalifikacje zawodowe i spełniających wymagania zdrowotne dla realizacji przedmiotu umowy,
8. jesteśmy ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej na kwotę 2 000 000,00 zł za szkody wyrządzone przy udzieleniu świadczeń w zakresie udzielania zamówienia – zgodnie z obowiązującymi przepisami.
9. Oświadczamy, że zapewnimy we własnym zakresie materiały do wykonywania umowy w tym leki, materiały opatrunkowe, medyczny sprzęt jednorazowego użytku, materiały biurowe (jak np. tonery, papier do drukarek) i niezbędne druki (w tym druki dokumentacji medycznej) oraz transport medyczny.
10. Oświadczamy, że zapewnimy we własnym zakresie sprzątanie pomieszczeń, pranie bielizny i utylizację odpadów medycznych.
11. Oświadczamy, że przedmiot zamówienia odbywać się będzie na koszt i ryzyko Przyjmującego zamówienie.
12. Oświadczamy, że spełniamy warunki udziału w Postępowaniu konkursowym.
13. Oświadczamy, że jesteśmy podmiotem będącym świadczeniodawcą w rozumieniu obowiązujących przepisów i spełniający wymagania określone:
14. Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych z dnia 27 sierpnia 2004 r.
15. Ustawą o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 r.
16. Ustawą o swobodzie działalności gospodarczej z dnia 2 lipca 2004 r.
17. Oświadczamy, że jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi, w szczególności są zarejestrowania we właściwym rejestrze zakładów opieki zdrowotnej.
18. Oświadczamy, że znajdujemy się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia, wykazując dodatni wynik finansowy za lata: 2019, 2020, 2021.
19. **Poświadczamy wniesienie wadium w kwocie określonej w SWKO,**

**Nr konta, na które należy zwrócić wadium: .………………………………………………………**

1. Oświadczamy, iż posiadamy personel o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych, czyli świadczenia będące przedmiotem postępowania konkursowego mają być udzielane przez uprawnione osoby wykonujące zawody medyczne, określone w odrębnych przepisach, przy czym:
* lekarz specjalista w dziedzinie nefrologii albo
* lekarz w trakcie specjalizacji w dziedzinie nefrologii albo
* lekarz ze specjalizacją I stopnia w dziedzinie chorób wewnętrznych lub specjalista w dziedzinie chorób wewnętrznych z co najmniej 5 letnim doświadczeń w pracy, w oddziale lub w poradni zgodnych z profilem świadczenia gwarantowanego.
1. Oświadczamy, iż udzielimy świadczenia zdrowotne z użyciem sprzętu i aparatury medycznej zgodnie z wymogami określonymi dla pracowni diagnostycznych, posiadające stosowne certyfikaty, atesty, uzyskane w trybie przewidzianym odrębnymi przepisami, ich aktualne przeglądy wykonane przez uprawnione serwisy. Dokumentacja dotycząca aparatury pomiarowej udostępnimy na żądanie Udzielającego zamówienie.
2. Oświadczamy, że akceptujemy projekty umów stanowiących załącznik do SWKO.
3. Oświadczamy, że w przypadku przyznania zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Zamawiającego.
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przedstawionymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
5. Oferta zawiera informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji

**TAK/NIE\***

Informacje stanowiące tajemnicę przedsiębiorstwa zawarto w …………………………………………. (tylko, jeśli dotyczy – podać nazwę dokumentu, nr załącznika, nr strony).

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższych oświadczeniach są aktualne
i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością konsekwencji wprowadzenia zamawiającego w błąd przy przedstawianiu informacji.

\* - wybrać odpowiednie/podać

 …………………, dnia ..................... .............................................................

 *podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie*