

Załącznik nr 1 do SWKO

OD: _____ dn. _____ r.

NAZWA Przyjmującego
zamówienie _____

ADRES Przyjmującego
zamówienie _____

NUMER telefonu Przyjmującego
zamówienie _____

Adres poczty elektronicznej Przyjmującego zamówienie

Imię i nazwisko, telefon osoby do kontaktu Przyjmującego zamówienie

OFERTA

**DLA: SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI
BYDGOSKIEJ – SPZOZ W BYDGOSZCZY**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na:

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań EEG, EMG oraz ENG dla
pacjentów Szpitala Klinicznego im. dr. Emila Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej – SPZOZ
w Bydgoszczy oferujemy:**

- 1. realizację usług o wartości brutto – _____zł, w cenach jednostkowych
wskazanych poniżej w tabeli:**

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez Przyjmującego zamówienie

L.p	Opis przedmiotu zamówienia	Jednostka miary	Przewidywana ilość badań rocznie	Cena jednego badania – netto w PLN	vat (% lub zw.)	wartość netto w PLN	wartość brutto w PLN
1	2	3	4	5	6	7	8
1	BADANIE EEG – DOROŚLI Z OPISEM LEKARZA	badanie	10				
2	BADANIE EMG/ENG	badanie	1500				
3	BADANIE EMG/ENG – PRÓBA MIASTENICZNA/PRÓBA TEŻYCHKOWA	badanie	50				

2. Adres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu

_____.

3. Osobą upoważnioną do reprezentowania Przyjmującego zamówienie w niniejszym postępowaniu jest - _____, na podstawie _____ (wskazać dokument i załączyć do oferty).

4. Oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami konkursu wraz z projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

5. Oświadczam, iż pozostanę związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie.

7. Wyznaczam osobę odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy – tj. _____ (proszę podać imię, nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy, e-mail kontaktowy).

8. Oświadczam, iż posiadam wykwalifikowany personel (posiadający doświadczenie i wiedzę) zdolny do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania .

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez Przyjmującego zamówienie

WYKAZ OSÓB, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań EEG, EMG oraz ENG dla pacjentów Szpitala Klinicznego im. dr. Emila Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ w Bydgoszczy

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	informacje o podstawie do dysponowania osobami (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna)
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

9. Oświadczam, iż posiadam sprzęt medyczny niezbędny do świadczenia usług w zakresie wskazanym w SWKO - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami NFZ i MZ

WYKAZ SPRZĘTU, niezbędnego do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań EEG, EMG oraz ENG dla pacjentów Szpitala Klinicznego im. dr. Emila Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej - SPZOZ w Bydgoszczy

Lp.	Nazwa sprzętu	informacje o podstawie do dysponowania sprzętem (np. własność, dzierżawa, użyczenie, leasing)
1		
2		
3		

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez Przyjmującego zamówienie

4		
5		
6		
7		
8		

Załączniki:

a) Aktualne zaświadczenie o wpisie do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej albo aktualne zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego podmiotu, poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu. Z dokumentów tych winno wynikać także, że osoby podpisujące ofertę lub udzielające pełnomocnictw są upoważnione do składania oświadczeń woli w imieniu Oferenta. W przypadku podpisania oferty przez osoby inne niż wskazane w powyższych dokumentach należy załączyć do oferty pełnomocnictwo.

b) Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

c) Potwierdzenie zawarcia wymaganej przez przepisy umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Przyjmującego zamówienie obejmujące szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie – tj. ubezpieczenie obowiązkowe na kwotę, wynikającą z aktualnych przepisów prawa (obecnie: Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą Dz. U. z 2025 r. poz. 272) oraz oświadczenie, że będzie ją utrzymywał przez cały okres trwania umowy.

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez Przyjmującego zamówienie