**Załącznik Nr 1**

......................................................... ..........................,dnia ..................

*(pieczęć adresowa firmy Wykonawcy) (Miejscowość)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

***Nawiązując do ogłoszonego konkursu ofert w postępowaniu***

***nr ZZ-RUM-078-208/2020 na wykonywanie niżej określonych badań:***

**Pakiet 2 – Badania laboratoryjne inne niż mikrobiologiczne wykonywane w dni robocze w godzinach 7:30 – 18:00 dla pacjentów Szpitala MSWiA we Wrocławiu i Przychodni MSWiA we Wrocławiu**

niżej podpisani, reprezentujący:

Pełna nazwa Wykonawcy ……………………………………………………………………..

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

Adres…………………………………………………………………………………………….

NIP…………………………………. REGON…………………………………….

Tel. …………………………………. Fax ………………………………………...

e-mail:………………………………

składamy niniejszą ofertę**:**

1. Oświadczamy, że oferujemy przedmiot zamówienia zgodnie z wymogami zawartymi w Szczegółowych warunkach konkursu ofert oraz formularzem cenowym:

**Pakiet nr 2**

**wartość netto**........................................zł (słownie:…..……....………………………złotych)

**cena brutto**…………………………zł ( słownie:………………….………….....……złotych);

**Odległość laboratorium od siedziby Zamawiającego (**50-233 Wrocław, ul. Ołbińska 32) **……….. *km* (w kilometrach z dokładnością do jednego miejsca po przecinku);**

**Termin płatności (minimum 30 dni maximum 60 dni od otrzymania faktury) – do wyboru z poniższych (proszę zaznaczyć właściwy znakiem X w nawiasie):**

**30 (….); 35(….); 40(….); 45(….); 50(….); 55(….); 60(….).**

1. **Ponadto oświadczamy, że :**
2. akceptujemy wskazany w Szczegółowych warunkach konkursu ofert czas związania ofertą -  **30 dni**
3. akceptujemy wzór umowy wskazany w Szczegółowych warunkach konkursu ofert,
4. zapewniamy stałość cen przez okres trwania umowy.
5. **Ofertę niniejszą składamy na ……… kolejno ponumerowanych stronach.**
6. **Oświadczamy,** że wszystkie załączniki stanowią integralną część oferty.

**Pod groźbą odpowiedzialności karnej oświadczamy, iż wszystkie załączone do oferty dokumenty opisują stan faktyczny i prawny, aktualny na dzień otwarcia ofert (art. 297 KK).**

………dnia…………… …………............................................................................

(podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie

uprawniającym do występowania w obrocie prawnym

lub posiadających pełnomocnict

**Pakiet 2 – Badania laboratoryjne inne niż mikrobiologiczne wykonywane w dni robocze w godzinach 7:30 – 18:00 dla Szpitala MSWiA we Wrocławiu i Przychodni MSWiA we Wrocławiu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki wymagane od Wykonawcy** | **Potwierdzenie spełnienia wymagań**  **TAK / NIE \*** |
| 1. | Transport materiału do badań laboratoryjnych w dni robocze w godzinach od 7.30 do 15.00 wykonuje Wykonawca z zastrzeżeniem punktu 2 |  |
| 2. | Wykonawca gwarantuje, wielokrotny w ciągu dnia, odbiór materiału z jednostki zlecającej w przypadku wystąpienia ***nagłych badań citowych*** w godz. 7:30 do 18:00 na własny koszt. |  |
| 3. | Wykonawca zobowiązuje się do odbierania materiału przeznaczonego do badań od Zamawiającego w godzinach uzgodnionych z Zamawiającym, przypadających w dni robocze. |  |
| 4. | Wykonawca musi zintegrować swój system informatyczny z systemem KAMSOFT Zamawiającego w terminie 30 dni od podpisania umowy |  |
| 5. | Do czasu pełnej integracji systemu Wykonawca zapewni dostęp do wyników w formie elektronicznej (dla Laboratorium, Oddziału Anestezjologii i Intensywnej Terapii, Oddziału Internistycznego z Pododdziałem Endokrynologicznym, Oddziału Endokrynologicznego, Oddziału Chirurgicznego, Oddziału Urazowo – Ortopedycznego, Oddziału Ginekologicznego) |  |
| 6. | Do czasu pełnej integracji systemu Wykonawca zobowiązuje się do dostarczania wyników w wersji papierowej do Zamawiającego własnym transportem i na własny koszt w dni robocze w godzinach pomiędzy 13:00 a 14:00. |  |
| 7. | W przypadku, kiedy wyniki znacznie odbiegają od normy i istnieje zagrożenie zdrowia i życia pacjenta, Wykonawca zobowiązuje się do niezwłocznego powiadomienia o tym fakcie Zamawiającego telefonicznie (podając ustalone hasło), drogą elektroniczną (np. mailem przy użyciu szyfrowania). Każda forma komunikacji musi spełniać wymogi RODO. |  |
| 8. | Wszystkie wymienione badania zawarte muszą być wykonywane u Wykonawcy spełniającego jakość wykonywanych badań, począwszy od odbioru materiału do Zleceniodawcy, transport, poprzez wykonanie badania do wydania wyniku. |  |
| 9. | Wykonawca dostarczy probówki do analizy pierwiastków śladowych np. do oznaczania ołowiu) |  |
| 10. | Wykonawca dostarczy wymagane druki skierowań na badania, kody kreskowe, jeśli są wymagane |  |

\* Wpisać TAK lub NIE – brak akceptacji któregokolwiek z warunków skutkować będzie odrzuceniem oferty

dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Pakiet 2 – Badania laboratoryjne inne niż mikrobiologiczne wykonywane w dni robocze w godzinach 7:30 – 18:00 dla Szpitala MSWiA we Wrocławiu i Przychodni MSWiA we Wrocławiu*** | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |
| ***Lp.*** | ***kod ICD-9*** | ***Rodzaj badania*** | ***ilość*** | ***Cena jednostkowa badania netto*** | ***Wartość ogólna Ilość x cena*** |
| *1* |  | *Interleukina 6 (Il-6)* | *250* |  |  |
| *2* |  | *HBc przeciwciała całkowite (total)* | *10* |  |  |
| *3* |  | *HBc przeciwciała IgM* | *10* |  |  |
| *4* |  | *PSA wolny* | *10* |  |  |
| *5* |  | *Mioglobina* | *10* |  |  |
| *6* |  | *Dihydrotestosteron DHT* | *10* |  |  |
| *7* |  | *Yersinia Enterocolitica i Pseudotuberculosis IgG,IgM,IgA met.ELISA* | *10* |  |  |
|  |  | *SUMA* |  |  |  |

Wartość ogółem słownie…………………………………………………………………………………………….

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

dnia

podpis osoby uprawnionej do składania oświadczeń woli w imieniu Wykonawcy