ZAŁĄCZNIK NR 1
DO SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU
OFERT NA WYKONYWANIE OPISÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH NA RZECZ KOMOREK ORGANIZACYJNYCH USK-2 W SZCZECINIE

OFERTA
NA WYKONYWANIE OPISÓW BADAŃ DIAGNOSTYCZNYCH
w okresie od dnia 1.05.2025 r. do dnia 30.04.2027 r.

SKŁADANA W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM OGŁOSZONYM PRZEZ UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY NR 2 PUM W SZCZECINIE

Ja niżej podpisana/-y …….. oświadczam, że:

1. Zapoznałam/-em się z treścią ogłoszenia w sprawie konkursu ofert na wykonywanie opisu badań diagnostycznych na rzecz Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 2 PUM w Szczecinie.
2. Zapoznałam/-em się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert" oraz wzorem umowy na wykonywanie usług medycznych, do której nie wnoszę uwag ani zastrzeżeń.
3. Akceptuję postanowienia zawarte we wzorze umowy, stanowiącym Załącznik nr 5 do Szczegółowych warunków konkursu. Oświadczam, że w przypadku akceptacji oferty i ewentualnie po przeprowadzonych rokowaniach zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w dokumentach konkursu, zgodnie z wzorem umowy lub uwzględniającym ustalone przez strony nowe warunki udzielania świadczeń zdrowotnych.
4. Uważam się za związanego z niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert i nie mogę dokonywać zmiany oferty w trakcie trwania postępowania konkursowego.
5. Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych, oświadczamy, że:
   1) wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w zakresie objętym przedmiotem zamówienia były i są realizowane przez nas należycie,
   2) spełniamy wszystkie warunki określone w SWK i powszechnie obowiązujących przepisach prawa wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania, w szczególności Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych,
   3) w ciągu ostatnich 5 lat poprzedzających ogłoszenie postępowania nie rozwiązano z nami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie odpowiadającym przedmiotowi niniejszego konkursu bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po naszej stronie,
   4) zaproponowana cena uwzględnia wszystkie koszty realizacji zamówienia.

DANE OFERENTA:

…… ……
Nazwa adres

……. …….
nr wpisu do rejestru podmiotów leczniczych oznaczenie właściwego organu rejestrowego

……
adres mailowy i nr telefonu

CENA ZA BADANIA I TERMIN ICH REALIZACJI: stanowi załącznik do niniejszej oferty.

POSIADANE CERTYFIKATY (kopie stanowią załącznik do oferty):
……
……

ILOŚĆ LAT DOŚWIADCZENIA W DZIAŁALNOŚCI DIAGNOSTYCZNEJ: ……..
PROPONOWANY CZAS TRWANIA UMOWY: ……

……, dnia ……

…….
Podpisy oferenta lub osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta