

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

- 1) badań histopatologicznych,
- 2) badań cytologicznych,
- 3) badań śródoperacyjnych,
- 4) konsultacji specjalisty patomorfologa,
- 5) sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu.

I. Dane o Oferencie:

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą

.....
.....
.....

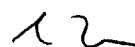
Adres.....

.....
.....

1. Oświadczam, że zapoznałem się z szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz, że posiadam konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia.
3. Oświadczam, że zawarte w szczegółowych warunkach konkursu projekty umów (załącznik nr 3) zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej oferty do zawarcia umów na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wymaganiami Udzielającego zamówienia określonymi w SWKO i umowie.
5. Oświadczam, że badania wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z określonymi standardami i obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
6. Oświadczam, że dysponuję infrastrukturą techniczną niezbędną do udzielania świadczeń, dopuszczoną do użytkowania i spełniającą wszelkie wymogi stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.
7. Do nadzorowania i wykonania umowy oraz bieżących kontaktów z Udzielającym zamówienia

upoważniony/a

będzie




Pan/Pani.....tel.....e-mail:.....
.....

8. Załącznikami do oferty są:

- 1) dokumenty i oświadczenia potwierdzające spełnianie warunków udziału w postępowaniu: odpis z właściwego rejestru (w zależności od formy prowadzenia działalności leczniczej), wydruk z rejestru podmiotów prowadzących działalność gospodarczą (KRS, CEIDG)- **nr str....**
- 2) dokumenty potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób realizujących zamówienie: wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych- **nr str.**
- 3) sprzęt i aparatura medyczna oraz urządzenia niezbędne do prawidłowej realizacji Przedmiotu Zamówienia- **nr str.**
- 4) licencja Komisji Akredytacyjnej Polskiego Towarzystwa Patologów lub oświadczenie o zdobyciu licencji Komisji Akredytacyjnej Polskiego Towarzystwa Patologów do końca roku kalendarzowego pod rygorem odstąpienia od zawartej umowy- **nr str. ...**
- 5) Dokumenty potwierdzające dostępność do udzielanych świadczeń (Oświadczenie zawierające informacje określające): dzień i godzina odbioru preparatów, pobranie materiału w siedzibie Przyjmującego zamówienie, pobranie materiału w siedzibie Udzielającego zamówienia, wykonywanie sekcji zwłok w siedzibie Przyjmującego zamówienie oraz poza jego siedzibą, dostarczanie wyników (w formie papierowej, telefoniczna informacja o wynikach badań, dostęp do elektronicznej wersji wyników badań), numer telefonu kontaktowego oraz sposób przyjmowania zleceń, dane kontaktowe osoby odpowiedzialnej za prawidłowe realizowanie umowy- **nr str. ...**
- 6) Pełnomocnictwo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie w postępowaniu albo do reprezentowania Przyjmującego zamówienie w postępowaniu i zawarcia umowy, jeżeli osoba reprezentująca Przyjmującego zamówienie w postępowaniu o udzielenie zamówienia nie jest wskazana jako upoważniona do jego reprezentacji we właściwym rejestrze lub ewidencji działalności gospodarczej- **nr str. ...**
- 7) Oświadczenie o posiadaniu aktualnej umowy obowiązkowego ubezpieczenia o którym mowa w art. 25 ustawy o działalności leczniczej. Oferent zobowiązuje się po wyłonieniu jako realizatora umowy do przedłożenia kserokopii umowy poświadczonej za zgodność z oryginałem wraz z dowodem opłacenia składki ubezpieczeniowej i zobowiązany jest do zachowania ciągłości ubezpieczenia przez cały okres trwania umowy- **nr str. ...**

Ceny jednostkowe za badanie:



	Badanie	Cena netto za 1 badanie (zł)	Cena brutto za 1 badanie (zł)	Termin dla badania w trybie zwykłym (materiał prawidłowo utrwalony i niewymagający dodatkowych procedur)	Termin dla badania w trybie pilnym (materiał prawidłowo utrwalony i niewymagający dodatkowych procedur)
1	Badanie histopatologiczne- wykonanie 1 bloczka parafinowego i ocena mikroskopowa w barwieniu H&E			5 dni roboczych	3 dni robocze
2	Opracowanie materiału metodą cell-block			5 dni roboczych	3 dni robocze
3	Badanie IHC z IVD			3 dni roboczych	3 dni robocze
4	Badanie histochemiczne z IVD			3 dni roboczych	3 dni robocze
5	Biopsja cienkoigłowa narządów powierzchniowych – wykonanie siedzibie oferenta			5 dni roboczych	2 dni robocze
6	Biopsja gruboigłowa guza piersi (wykonanie w siedzibie oferenta)			5 dni roboczych	2 dni robocze
	jeśli rak ER, PGR, Ki-67, Her-2 met IHC IVD				
	jeśli konieczne HER-2 metodą FISH IVD				
7	Biopsja gruboigłowa guza wątroby na terenie ZOZ w Końskich			5 dni roboczych	3 dni robocze
8	Biopsja cienkoigłowa trzustki/ wątroby/ guzów miednicy małej – wykonanie na terenie ZOZ Końskie			5 dni roboczych	3 dni robocze
	jeśli będzie cell-block do w/w				
	jeśli guzy torbielowate trzustki lub dróg				

K2

	żółciowych – ocena mutacji KRAS				
9	Sekcja zwłok zwykła w prosektorium Udzielającego Zamówienia lub oferenta			Pełny raport sekcyjny w ciągu 3 tygodni od daty wykonania sekcji zwłok	
10	Sekcja zwłok wysokiego ryzyka np. Covid-19, AIDS w prosektorium oferenta			Pełny raport sekcyjny w ciągu 3 tygodni od daty wykonania sekcji zwłok	
11	Badanie śródoperacyjne – analiza makroskopowa i ocena przez specjalistę patomorfologa			Informacja telefoniczna w ciągu 20 minut od momentu otrzymania materiału	
	Biopsje szczoteczkowe dróg żółciowych metodą LBC			5 dni roboczych	3 dni robocze
	Cytologia ginekologiczna – rozmaz i barwienie Pap test			5 dni roboczych	3 dni robocze
13	Badanie klasyczne płynów tkankowych oraz nadesłanych rozmazów cytologicznych			5 dni roboczych	3 dni robocze
14	Badanie płynów tkankowych i moczu metodą LBC			5 dni roboczych	3 dni robocze
15	ocena IHC p53 w moczu po LBC			5 dni roboczych	3 dni robocze
16	ocena CD4 i CD8 w celiakii (double IHC test)			5 dni roboczych	3 dni robocze

L2

.....
Dane Oferenta

Oświadczenie Oferenta

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich w zakresie:

- 1) badań histopatologicznych,
- 2) badań cytologicznych,
- 3) badań śródoperacyjnych,
- 4) konsultacji specjalisty patomorfologa,
- 5) sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu.

Oświadczam iż:

- dysponuję infrastrukturą techniczną niezbędną do udzielania świadczeń, dopuszczoną do użytkowania i spełniającą wszelkie wymogi stawiane przez obowiązujące przepisy prawa.

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta)



.....
Dane Oferenta

Oświadczenie oferenta

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Końskich w zakresie:

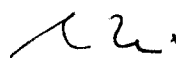
- 1) badań histopatologicznych,
- 2) badań cytologicznych,
- 3) badań śródoperacyjnych,
- 4) konsultacji specjalisty patomorfologa,
- 5) sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu.

Oświadczam iż:

- dysponuje kompetentnym personelem zdolnym do wykonywania świadczeń będących przedmiotem zamówienia.

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta)



Miejscowość, data.....

Dane Oferenta:

Nazwa:

adres:

**ZGODA* NA DORĘCZANIE PRZEZ KOMISJĘ KONKURSOWĄ
OŚWIADCZEŃ I ZAWIADOMIEŃ ZA POŚREDNICTWEM ŚRODKÓW
KOMUNIKACJI ELEKTRONICZNEJ**

Na podstawie § 5 ust. 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 grudnia 2014 r. w sprawie sposobu ogłaszania o postępowaniu w sprawie zawarcia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, składania ofert powoływania i odwoływania komisji konkursowej, jej zadań oraz trybu pracy **wyrażam zgodę** na doręczanie przez komisję konkursową oświadczeń i zawiadomień za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej, bez zachowania wymogów dotyczących bezpiecznego podpisu elektronicznego w rozumieniu art. 3 pkt 10 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 910/2014 z dnia 23 lipca 2014 r. w sprawie identyfikacji elektronicznej i usług zaufania w odniesieniu do transakcji elektronicznych na rynku wewnętrznym oraz uchylającego dyrektywę 1999/93/WE (Dz. Urz. UE L 257 z 28.08.2014, str. 73)

.....
(adres poczty elektronicznej oferenta)

*Wyrażenie zgody ma charakter fakultatywny i do wyłącznej decyzji oferenta należy podanie adresu poczty elektronicznej, na który komisja konkursowa może doręczać oświadczenia i zawiadomienia.

.....
Data i podpis oferenta lub osoby upoważnionej



.....
Miejscowość, data

**OŚWIADCZENIE ZGODNOŚCI DANYCH PRZEDKŁADANYCH PRZEZ OFERENTA POD
RYGOREM ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ**

dotyczące ogłoszonego konkursu ofert na:
udzielanie świadczeń zdrowotnych dla pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w
Końskich w zakresie:

- 1) badań histopatologicznych,
- 2) badań cytologicznych,
- 3) badań śródoperacyjnych,
- 4) konsultacji specjalisty patomorfologa,
- 5) sekcji zwłok wraz z badaniami histopatologicznymi i wydaniem opinii o przyczynie zgonu.

Upředzony o odpowiedzialności karnej wynikającej z art. 233 Kodeksu karnego za złożenie nieprawdziwego oświadczenia lub zatajenie prawdy, niniejszym oświadczam, że personel udzielający świadczeń w zakresie objętym przedmiotem zamówienia spełnia wymogi w zakresie kwalifikacji określone w Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert oraz wszystkie przedstawione przeze mnie dane są zgodne z prawdą.

.....
podpis Oferenta

l2.