Załącznik nr 1 do SWKO

F O R M U L A R Z O F E R T O W Y

Na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH obejmujących: BADANIE HISTOPATOLOGICZNE, CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA, BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW:
HER-2, Ki-67, estragenowych (PR), progestronowych (ER)
w latach 2014-2016 dla Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu.

**Dane Wykonawcy**

 1. Nazwa ………...…………………………………………………………………………......

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

 2. Siedziba ………...……………………………………………………………………...........

 3. Adres, nr telefonu, fax …………………………………………………………….…...........

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

 5. Dane rejestrowe ………………….………………………………………………….......…..

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

 6. Nr konta bankowego: ……………………………………………………………………….

**Zamawiający**: **Przychodnia Specjalistyczna w Tarnobrzegu**

 **39-400 Tarnobrzeg, ul. Mickiewicza 34**

W oparciu o ogłoszenie Przychodni Specjalistycznej w Tarnobrzegu, opublikowane na stronie internetowej PS w Tarnobrzegu oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie PS w Tarnobrzegu na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie BADAŃ PATOMORFOLOGICZNYCH obejmujących: BADANIE HISTOPATOLOGICZNE, CYTOLOGIA GINEKOLOGICZNA, BIOPSJA ASPIRACYJNA CIENKOIGŁOWA, OZNACZENIE RECEPTORÓW: HER-2, Ki-67, estragenowych (PR), progestronowych (ER) o f e r u j ę (my) udzielanie w/w świadczeń w okresie od daty podpisania umowy do 30.09.2016 roku w cenie zgodnie
z *Formularzem ofertowym – Cennikiem oferowanych badań* – Załącznik nr 1a (wpisać cenę
w odpowiednim miejscu wg zakresu oferowanych świadczeń):

**ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE w zakresie: ........................................................................**

Za łączną **cenę ofertową w kwocie brutto: …………………..………………….**zł

**Cena ofertowa w kwocie netto: ……………………….……….…………………**zł

1. Oświadczam(my), że zapoznałem (liśmy) się z treścią ogłoszenia na wstępie powołanego, szczegółowymi warunkami przeprowadzania konkursu (wraz z zał.) oraz wzorem (projektem) umowy (z zał.) obowiązującymi w przedmiotowym postępowaniu i przyjmuję(my) je bez zastrzeżeń.
2. Oświadczam(my), że uważam(my)y się związany(i) niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty wpływu składanych ofert.
3. Oświadczam(my), że projekt umowy (z zał.) obowiązujący w konkursie na wykonywanie świadczeń zdrowotnych z zakresu badań patomorfologicznych, którego moja (nasza) oferta dotyczy – został przeze mnie (przez nas) zaakceptowany
i zobowiązuję(my) się w przypadku wyboru mojej (naszej) oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez PS
w Tarnobrzegu.
4. Oświadczam(y), że: nie toczą się przeciwko osobom wskazanym w załączonym do oferty wykazie osób, które będą w imieniu oferenta realizować świadczenia - postępowania dyscyplinarne ani karne z tytułu nienależytego wykonywania zawodu przez te osoby i osoby te nie były karane dyscyplinarnie ani karnie z tego tytułu\*\*\*
5. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej pozwalającej na realizację zamówienia oraz o posiadanej zdolności technicznej i kadrowej do realizacji zamówienia.
6. Oświadczam(y), że pozostaję(emy) w dyspozycji w celu wykonywania przyjętego zamówienia.
7. Integralną część oferty stanowią następujące oświadczenia i dokumenty:
8.
9.
10.
11.
12. ………………………………………………………………………..
13. ………………………………………………………………………..
14. ………………………………………………………………………..
15. ………………………………………………………………………..

 \*\*\* niewłaściwe skreślić

………………………………………

(miejscowość, data)

………………………………………………..

 (pieczęć firmowa i podpis osoby uprawnionej)