

OFERTA

Udzielający Zamówienia: Regionalne Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze, 65-046 Zielona Góra ul. Zyty 21

Ofertę składa:

Nazwa Przyjmującego Zamówienie:

.....
(adres)

Tel/fax e-mail

Regon NIP

nazwa podstawowego banku, nr konta.....

W odpowiedzi na zamieszczone ogłoszenie o Konkursie Ofert w Sprawie Zawierania Umów na Udzielanie Świadczeń Zdrowotnych w zakresie kwalifikowania osób na kandydatów na dawców krwi i dawców krwi oraz potencjalnych dawców komórek krwiotwórczych w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze:

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia, zgodnie z warunkami zawartymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu za cenę:

- cena miesięczna ryczałtowa za udzielanie świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego Zamówienie w Regionalnym Centrum Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa w Zielonej Górze ul. Zyty 21 w dni robocze od godziny 7⁰⁰ do godziny 14³⁵ złotych.

- cena za badanie 1 kandydata na dawcę krwi i dawcę krwi oraz potencjalnego dawcę komórek krwiotwórczych w Terenowych Oddziałach:

• Terenowy Oddział w Międzyrzeczu ul. Konstytucji 3 Maja 24 lub Mobilnym Punkcie Poboru Krwi

we wtorki, środy i piątki od godziny 8⁰⁰ do godziny 13⁰⁰ złotych

• Terenowy Oddział w Sulęcinie ul. Dudka 15

w poniedziałki i czwartki od godziny 8⁰⁰ do godziny 13⁰⁰ złotych

2. Termin realizacji zamówienia: **Zamówienie będzie realizowane przez okres 12 miesięcy od 01.01.2025 roku do 31.12.2025 roku.**

3. Oświadczam, że zapoznałam/zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Regulaminem Przeprowadzania Konkursu Ofert, przepisami art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz.U. z 2024 r., poz. 799 ze zm.) oraz Szczegółowymi Warunkami Konkursu (w tym ze wzorem umowy) i nie wnoszę do niej zastrzeżeń oraz przyjmuję warunki w niej zawarte.

4. Oświadczam, że posiadam odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty.

5. Oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

6. W przypadku przyznania mi zamówienia, zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

7. Składam niniejszą ofertę we własnym imieniu.

8. Nazwisko i imię:

Upoważniony do podpisania niniejszej oferty w imieniu:

Uwaga: Pełnomocnictwa dla osób podpisujących ofertę dołączyć do oferty.

Miejscowość i data:

podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania firmy

Niniejsza oferta obejmuje następujące załączniki:

- 1) kopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem, potwierdzające kwalifikacje zawodowe (dyplom ukończenia studiów medycznych, prawo wykonywania zawodu, potwierdzenie uzyskania specjalizacji)
- 2) kopie dokumentów potwierdzone za zgodność z oryginałem, potwierdzające status prawny ubiegającego się o świadczenie (aktualny wypis z rejestrów, dokumenty potwierdzające nadanie numeru NIP i REGON)
- 3) aktualny dokument potwierdzający, że osoba/y podpisująca ofertę jest umocowana do zaciągania zobowiązań w imieniu Przyjmującego Zamówienie,
- 4) kserokopia polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej na udzielanie świadczeń zdrowotnych aktualna na dzień złożenia oferty
- 5) aktualne zaświadczenie lekarskie wydane przez lekarza medycyny pracy potwierdzające, że stan zdrowia pozwala na udzielanie świadczeń.