

**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 7<sup>00</sup> do godziny 14<sup>35</sup> ..... 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

we wtorki, środy i piątki od godziny 8<sup>00</sup> do godziny 13<sup>00</sup> ..... złotych

• Terenowy Oddział w Sulęcinie ul. Dudka 15

w poniedziałki i czwartki od godziny 8<sup>00</sup> do godziny 13<sup>00</sup> ..... złotych

2. Termin realizacji zamówienia: Zamówienie będzie realizowane przez okres 12 miesięcy od 01.01.2022 roku do 31.12.2022 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 (**Dz.U. z 2021 r., poz. 711 t.j.**) 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**

DYREKTOR  
Regionalnego Centrum  
Krwiodawstwa i Krwiolecznictwa  
w Zielonej Górze  
*[Podpis]*  
Monika Fabian-Kołodziejńska

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.

DYREKTOR  
Regionalnego Centrum  
Krwiodawstwa i Krwiopochowstwa  
w Zielonej Górze  
  
Monika Fabisz-Kolodźńska