# Załącznik Nr 2

### OFERTA

### DLA

PRZYCHODNI LEKARSKIEJ WOJSKOWEJ AKADEMII TECHNICZNEJ

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ

ul. Kartezjusza 2, Warszawa 01-480

### do Konkursu Ofert Nr KO 1/2025

### *na wykonywanie laboratoryjnych badań diagnostycznych*

### *w okresie 10 miesięcy*

**Dane Oferenta:**

Pełna nazwa .............................................................................................................

Adres ..............................................................................................................

Telefon, faks ..............................................................................................................

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą……………………

Nr rejestru sądowego lub wpisu do rejestru działalności gospodarczej .................

REGON……………………….

NIP ..........................................

### *Nawiązując do ogłoszenia Konkursu Ofert Nr KO 1/2025 oferujemy wykonywanie laboratoryjnych badań diagnostycznych według cen podanych w Załączniku Nr 1.*

### *Kryterium 1 (90%):*

### Wartość oferty, którą stanowi łączna wartość brutto szacunkowej ilości wymienionych w oznaczeń w Zał. Nr 1 (suma z tabel I-V) w okresie 10 miesięcy wynosi:

### ......................zł

słownie ....................................................................................................

*Kryterium 2 (10%)*:

Czas dostarczenia wyników 17 badań podstawowych z klauzulą „CITO, wymienionych w tabeli IV w Zał. Nr 1

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Ilość punktów | Proszę zaznaczyć czas wykonania Badań CITO |
| Wykonanie badania CITO w ciągu 2 godzin od dostarczenia materiału | 10 pkt |  |
| Wykonanie badania CITO w ciągu 3 godzin od dostarczenia materiału | 0 pkt |  |

1. *Dołączam do oferty wszystkie wymagane załączniki, oświadczenia i dokumenty, wymienione w SWKO tj:*
2. Zał. Nr 1 - Wykaz laboratoryjnych badań medycznych z wypełnionymi rubrykami,;
3. Aktualny wypis z właściwej ewidencji działalności gospodarczej (KRS lub wydruk z CEIDG),
4. Wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą lub zaświadczenie o wpisie do rejestru wraz z podaniem nr księgi rejestrowej..
5. Wypis z rejestru laboratoriów.
6. Certyfikat zarządzania jakością zgodnie z normą ISO 9001:2008, dla miejsca, w którym wykonywane będą badania rutynowe (do potwierdzenia kserokopiami dokumentów potwierdzonymi za zgodność).
7. Aktualne certyfikaty zewnętrznej **krajowej** laboratoryjnej kontroli jakości z ostatnich 3 lat poprzedzających termin złożenia oferty.
8. Aktualne certyfikaty zewnętrznej **międzynarodowej** laboratoryjnej kontroli jakości z ostatnich 3 lat poprzedzających termin złożenia oferty.
9. W przypadku podzlecania badań w zakresie Załącznika Nr I Tabela II Badania laboratoryjne – Mikrobiologia i/lub Tabela III badania histopatologiczne i/lub Tabela V - Pozostałe badania, wymagane jest „Oświadczenie o podwykonawcach”, którym Przyjmujący zamówienie zamierza powierzyć wykonywanie niektórych świadczeń zgodnie z warunkami zawartymi w rozdziale I A pkt. 8 SWK wraz ze zobowiązaniem udostępnienia kopii zawartej umowy, po pozytywnym rozstrzygnięciu konkursu, na 2 dni przed podpisaniem umowy.
10. Zał. Nr 3 – Imienny wykaz personelu Laboratorium wraz ze specjalistami podwykonawców, wykonujących badania, z wyodrębnieniem osób upoważnionych do podpisywania wyników wykonanych badań wraz z kserokopiami ważnych dokumentów poświadczających kwalifikacje, według wymagań Udzielającego zamówienie w tym:
11. Co najmniej dwóch specjalistów (lub z dyplomami IIo specjalizacji) z laboratoryjnej diagnostyki medycznej.
12. Dla badań histopatologicznych, wymagane są kwalifikacje specjalisty/specjalistów drugiego stopnia z patomorfologii lub anatomii patologicznej;
13. Autoryzacja wyników badań laboratoryjnych musi być wykonywana przez diagnostów laboratoryjnych, w tym co najmniej jedna osoba z uprawnieniami serologicznymi.
14. Kopię polisy ubezpieczenia OC wg Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej,
15. Zał. Nr 4 zobowiązanie Wykonawcy do poddania się kontroli NFZ.
16. Zał. Nr 5 zawierający określenie warunków lokalowych, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki transportu i łączności.
17. Upoważnienie w oryginale do podpisania oferty, o ile to nie wynika z innych złożonych dokumentów,

Oświadczam, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz akceptuję projekt umowy.

###### ..........................................

##### (podpis Oferenta)