**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

## Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

FORMULARZ OFERTOWY

## Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwa firmy pod którą działa Oferent | |  |
| ADRES | Kod pocztowy |  |
| Miejscowość |  |
| Ulica |  |
| Nr domu/ lokalu |  |
| NIP |  | |
| REGON |  | |
| Adres email |  | |
| telefon |  | |

## Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań genetycznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”**.**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.

2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią Istotnych Postanowień Umowy stanowiących załącznik nr 1   
do Ogłoszenia oraz z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne znajdującą się na stronie *www.czd.pl*, w zakładce Konkursy ofert - ust.   
o działalności leczniczej i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.

3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 5 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.

4. Oświadczam, iż posiadam odpowiednie warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny oraz personel, które pozwolą na realizację oferowanego zakresu świadczeń objętych ofertą.

5. Oświadczam, że miejsce udzielenia świadczeń zdrowotnych znajduje się w promieniu 60 km od siedziby Udzielającego Zamówienia.

6. Oświadczam, iż świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom.

……................., dnia ……………….. ……………………………………..

***(podpis Oferenta)***

**Spis załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | Formularz Ofertowy- według załącznika nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 2 | Formularz asortymentowo-cenowy- według załącznika nr 2 do ogłoszenia |  |  |
| 3 | Zaświadczenie o wpisie Oferenta do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |  |
| 4 | Uwierzytelniona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu. |  |  |
| 5 | Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego |  |  |
| 6 | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli Ofertę podpasuje pełnomocnik. |  |  |
| 7 | Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych pracowników – według załącznika nr 4 do ogłoszenia |  |  |
| 8 | Wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny – według załącznika nr 5 do ogłoszenia |  |  |
| 9 | Oświadczenie, że podmiot znajduje się w promieniu do 60 km od Udzielającego Zamówienie- do potwierdzenia w formularzu ofertowym ( załącznik nr 3 do ogłoszenia). |  |  |
| 10 | Oświadczenie, że podmiot wykonuje świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu samodzielnie, bez zlecania ich w części lub w całości podwykonawcom- do potwierdzenia w formularzu ofertowym ( załącznik nr 3 do ogłoszenia). |  |  |
| 11 | Uwierzytelniona kopia aktualnej polisy OC, potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta lub oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Zamawiającemu kopię przedmiotowego dokumentu. |  |  |
|  |  |  |  |
| 12. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych- załącznik nr 6 do ogłoszenia |  |  |
| 13. | Dokumenty fakultatywne: Certyfikat/y potwierdzające udział w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla pakietów (badań) wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym ( załącznik nr 2 do Ogłoszenia). Należy wskazać, że certyfikat dotyczy konkretnej procedury |  |  |
|  |  |  |  |

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

**Miejscowość i data Podpis Oferenta**