**Załącznik nr 1 do SWKO**

………………………………

 (miejscowość i data)

**AKTUALIZACJA**

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

**Szpital w Knurowie Sp. z o.o.**

**ul. Niepodległości 8**

**44-190 Knurów**

1. Dane Przyjmującego zamówienie:

Nazwa Przyjmującego zamówienie: ……………………………………………………..

Adres/ Siedziba Przyjmującego zamówienie: ……………………………………………

…………………………………………………………………………………………….

NIP: ………………… REGON: …………………….. PESEL: ………………………...

Tel.: ………………… Fax: …………………………..

Numer wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej: …………..

Numer księgi rejestrowej: ………………………………………………………………...

Osoba do kontaktu: ……………………………………………………………………….

Dane teleadresowe osoby do kontaktu: …………………………………………………..

(jeżeli taka osoba została wyznaczona)

1. Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie badań patomorfologicznych, a w szczególności badań histopatologicznych i śródoperacyjnych, oligobiopsji- gastro, oligobiopsji- kolono, badań cytologicznych, biopsji cienkoigłowej i badań immunohistochemicznych (w tym m.in. CD117, CD20, Ki67) oraz badanie receptorów (w tym m.in. HER2, ER, PGR), zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) oferuję wykonanie zamówienia jak niżej:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp**. | **Nazwa usługi** | **Szacunkowa ilość badań na czas trwania umowy** | **Całkowity jednostkowy koszt netto badania/ preparatu powiększony o prognozowany na dany rok średnioroczny wskaźnik cen towarów i usług konsumpcyjnych****(2018 – 1,6%;****2019 – 2,3%)** | **Wartość netto (kolumna 3 x kolumna 4)** | **Stawka VAT (w %)** | **Wartość brutto (kolumna 5 + wartość podatku VAT)** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1.** | **Badanie histopatologiczne i oligobiopsja-gastro, oligobiopsja- kolono** | 35 000 |  |  |  |  |
| **2.** | **Badanie śródoperacyjne**  | 200 |  |  |  |  |
| **3.** | **Badanie cytologiczne** | 1 200 |  |  |  |  |
| **4.** | **Badanie biopsji cienkoigłowej** | 700 |  |  |  |  |
| **5.** | **Badanie immunohistochemiczne w tym m.in. CD117, CD20, Ki67 oraz Badanie receptorów w tym m.in. HER2, ER, PGR** | 1 400 |  |  |  |  |
| **WARTOŚĆ OGÓŁEM** |  | **–** |  |

Cena badania obejmuje koszt transportu materiału do badań z siedziby Udzielającego zamówienia do Przyjmującego zamówienie i koszt dostarczenia wyników badań do siedziby Udzielającego zamówienia.

1. Wykaz osób o kwalifikacjach niezbędnych do wykonywania usług będących przedmiotem konkursu (dopuszcza się dołączenie do niniejszego punktu załącznika):

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Staż pracy od…do… na stanowisku …… i numer prawa wykonywania zawodu** | **Kwalifikacje** | **Zakres powierzonych obowiązków** |
|  |  |  |  |  |

Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych ……………

1. Usługi będące przedmiotem zamówienia będziemy świadczyć przez okres 24 miesięcy licząc od 01.03.2020 do 28.02.2022r.
2. Oświadczam, że:

– uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert;

– z pełną starannością zapoznałem się z warunkami realizacji zamówienia określonymi w ogłoszeniu, SWKO i wzorze umowy, akceptuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienie;

– wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przestawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty;

– uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia opieki zdrowotnej będące przedmiotem konkursu.

1. Oferta została złożona na …… stronach podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr …… do nr ……. .

……………………………………….

 (podpis Przyjmującego zamówienie)