

FORMULARZ OFERTOWY

W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM DOTYCZĄCYM:

Świadczenia usług w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych

Pełna nazwa oferta:

.....
.....

Adres oferenta (województwo, powiat, kod, miejscowość, ulica, nr domu, lokalu):

.....
.....

Numer telefonu: Numer fax:

e-mail:

Numer NIP: Numer REGON:

Numer rejestru ZOZ. Numer KRS.

Numer rejestru działalności gospodarczej.

Numer konta bankowego:

Kod Świadczeniodawcy w Opolskim Oddziale Wojewódzkim NFZ:

Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu na **świadczenia usług w zakresie badań histopatologicznych i cytologicznych** zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert (SWKO).

1. **Oświadczam, że** zapoznałem się z SWKO i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałem konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
2. **Oświadczam, że** czuję się związany niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO
3. **Oświadczam, że:**
 - 1) zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia, Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert i wzór umowy,
 - 2) będę wykonywał świadczenia zdrowotne zgodnie z warunkami określonymi w SWKO,
 - 3) w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, wyrażam zgodę na zawarcie umowy na czas określony, tj. **od dnia zawarcia na 12 miesięcy,**
 - 4) znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie świadczeń oferowanych w niniejszym postępowaniu konkursowym.
4. **Oświadczam, że** zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
5. **Zobowiązuję się** do utrzymania cen badań wykazanych w załączniku nr 2 do SWKO przez cały okres obowiązywania umowy.
6. **Zobowiązuję się** do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 30 dni licząc od daty wpłynięcia faktury/rachunku do siedziby Zamawiającego. Oświadczam, iż podany wyżej termin płatności będzie obowiązywał przez cały okres obowiązywania umowy.
7. **Oświadczam, że** nasza oferta spełnia wymagania konieczne opisane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert w pozycjach oznaczonych literą „T”, a nie spełnia w pozycjach oznaczonych literą „N”

wymienionych w poniższej tabeli. Oświadczam, iż podane poniżej kryteria będą przestrzegane przez cały okres obowiązywania umowy.

Informacje dotyczące spełniania wymagań koniecznych zawartych w SWKO należy wpisać:

TAK w przypadku spełniania kryterium lub NIE w przypadku niespełniania kryterium

L.p.	Opis pozycji przedmiotu umowy	TAK / NIE
1.	Wykonywanie badań z udostępnieniem wyników badań w formie elektronicznej w systemie informatycznym Wykonawcy w terminach wykonania liczonych od potwierdzonego pisemnie dnia/ godziny przyjęcia materiału z Siedziby Zamawiającego: 1) do 5 dni w dni powszednie dla badań histopatologicznych i cytologicznych, z możliwością wykonywania powyższych badań w wyjątkowych przypadkach w trybie pilnym w terminie do 48 godzin, 2) do 14 dni w dni powszednie dla badań immunohistochemicznych wraz z konsultacjami zewnętrznymi	
2.	Nadanie Zamawiającemu praw dostępu do systemu informatycznego Wykonawcy o następujących funkcjach/parametrach: 1) wykorzystywanie do transmisji danych szyfrowanego łącza https, 2) dostęp do systemu przez stronę www wyłącznie dla uprawnionych pracowników Wykonawcy i Zamawiającego, 3) zabezpieczenie dostępu do systemu indywidualnymi loginami i hasłami z automatyczną rejestracją dat i czasu poszczególnych logowań; konta użytkowników do systemu muszą być przypisane do poszczególnych komórek organizacyjnych zlecających badania (<u>Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Blok Operacyjny, Endoskopia, Poradnia Chirurgiczna, Poradnia endokrynologiczna</u>) – umożliwiając zlecenie badań i odbiór wyników w podziale na w/w komórki w obrębie jednostki organizacyjnej Zamawiającego, 4) wprowadzanie danych dotyczących pacjentów i materiałów kierowanych do badań wyłącznie przez wskazanych i uprawnionych pracowników Zamawiającego, 5) elektroniczny odbiór wyników badań w systemie informatycznym w trybie „on line” wyłącznie przez wskazanych i uprawnionych pracowników Zamawiającego, 6) udostępnianie wyników badań w formie elektronicznej z kwalifikowanym podpisem elektronicznym lekarza patomorfologa specjalisty/dwóch lekarzy patomorfologów specjalistów w rozpoznaniach nowotworowych, 7) automatyczne generowanie w systemie informatycznym Wykonawcy wyników badań w formacie pdf., 8) możliwość wykonywania nielimitowanej ilości wydruków wyników badań pojedynczych lub zbiorczych bezpośrednio z systemu informatycznego natychmiast po ich wprowadzeniu do systemu, 9) możliwość wykonywania wydruków wyników badań archiwalnych z bazy wyników wykonanych na rzecz Zamawiającego z użyciem funkcji wyszukiwarki według parametrów: nazwisko pacjenta, numer PESEL pacjenta, numer skierowania/badania, 10) archiwizacja cyfrowa wyników badań przez Wykonawcę, 11) możliwość archiwizacji cyfrowej wyników badań przez Zamawiającego.	
3.	Dostarczanie Zamawiającemu w postaci elektronicznej i jako wydruków załączników do faktur z wykazami wykonanych badań: 1) ogólnym zawierającym liczby, typy i wartość wykonanych przez Wykonawcę na rzecz Zamawiającego badań w danym okresie rozliczeniowym, 2) szczegółowym zawierającym liczby i typy badań wykonanych na rzecz jednostek organizacyjnych Zamawiającego, z danymi osobowymi pacjentów i danymi zlecających badania lekarzy Zamawiającego.	
4.	Prowadzenie ewidencji i archiwizacji dokumentacji medycznej na własny koszt, w tym skierowań na badania, wykonanych blozków parafinowych i preparatów oraz elektronicznej archiwizacji wyników badań, zgodnie z obowiązującymi przepisami.	
5.	Utylizacja na własny koszt materiałów tkankowych/płynów oraz jednorazowych opakowań jednostkowych na ww. materiał po wykonaniu blozków parafinowych i preparatów.	

Deklaruję, że wszystkie oświadczenia i informacje zawarte w niniejszym formularzu i wszystkich załącznikach są kompletne, prawdziwe i dokładne.

Wykaz załączników do oferty:

1. Załączniki nr 2 Formularz cenowy;
2. Oświadczenie Wykonawcy, że posiada wykwalifikowaną kadrę medyczną do wykonania usługi oraz, że przed podpisaniem umowy na wezwanie Zamawiającego przedstawi listę osób biorących udział w wykonywaniu zamówienia wraz z dokumentami potwierdzającymi kwalifikacje tych osób (prawa wykonywania zawodu, dyplomy, dyplomy specjalizacji i inne zaświadczenia potwierdzające dodatkowe umiejętności/kwalifikacje pracowników np. certyfikat, zaświadczenia, itp.)
3. Wypis z ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych dla Pracowni Histopatologii;
4. Kopia polisy ubezpieczeniowej OC lub oświadczenie, że ubezpieczenie takie zostanie zawarte niepóźniej niż w dniu podpisania umowy - załącznik nr 4 do SWZO;
5. Dokument opisujący systemy wewnętrznej i zewnętrznej kontroli jakości wykonywanych badań, szczegółowy opis schematu realizacji świadczeń medycznych, w tym opisu dotyczącego prawidłowego przygotowania materiałów kierowanych do badań, opisu zasad transportu materiałów oraz załącznika zawierającego szczegółowe opisy procedur medycznych stosowanych przez Wykonawcę podczas wykonywania badań z określeniem ilości pobieranych wycinków z kierowanych do badań materiałów tkankowych z poszczególnych narządów.
6. Dokument poświadczający posiadanie, co najmniej 7 lat doświadczenia w realizacji świadczeń zdrowotnych z zakresu badań histopatologicznych i cytologicznych (potwierdzenie-wpis do RPWDL);
7. Wykaz co najmniej 3 publicznych podmiotów leczniczych na rzecz których Wykonawca świadczył usługi medyczne w okresie minionych trzech lat. Potwierdzone referencjami;
8. Wykaz aparatury używanej do realizacji świadczeń medycznych;
9. Akceptacja wzoru umowy – załączniki nr 3 i 3.1 do SWKO;
10. Oświadczenie o niezaleganiu w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne oraz podatków i innych danin publicznych – załącznik nr 7 do SWKO;
11. Oświadczenie RODO – załącznik nr 8 do SWKO;
12. Oświadczenie o spełnianiu warunków udziału w konkursie – załącznik nr 10 do SWKO.

(podpis elektroniczny)