

FORMULARZ OFERTOWY
Spr. nr ZP-2512-08-GK/2016

1. Dane przyjmującego zamówienie

A. Podmiot leczniczy*

Nazwa i siedziba podmiotu leczniczego

.....

.....

Nr wpisu do rejestru

nr KRS.....

Pełnomocnik

kontakt

B. Praktyka zawodowa*

Imię i nazwisko

telefon.....

e-mail

adres:.....

PESEL

NIP

REGON.....

Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Nr prawa wykonywania zawodu

Specjalizacja (nazwa, stopień i data
uzyskania)

2. Zakres świadczeń

Zgłaszam ofertę na realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie poniżej wymienionych badań laboratoryjnych mikrobiologicznych:

Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa liczba (7 miesięcy)	Cena brutto za badanie
Badania bakteriologiczne i mykologiczne			
1	Posiew moczu	1200	
2	Biocenoza pochwy (czystość ginekologiczna)	60	
3	Posiew wymazów z dróg oddechowych (gardło, migdałki, jama ustna, nos, inny materiał)	300	
4	Posiew wymazów z dróg moczowo-płciowych (cewka moczowa, pochwa, kanał szyjki macicy, inny materiał)	30	
5	Posiew wymazów z innych materiałów (np. oko, ucho, skóra, rana, owrzodzenie, czyrak i inne)	120	
6	Posiew wymazów (pochwa, odbył) w kierunku paciorkowców grupy B (GBS)	40	
7	Posiew wymazów (cewka moczowa, kanał szyjki macicy, inny materiał) w kierunku Neisseria gonorrhoeae (GNC)	20	
8	Badanie ogólne kału w kierunku Salmonella/Shigella	40	
9	Badanie kału – nosicielstwo Salmonella	20	
10	Sporal A	70	
Wartość badań poz. 1 – 10*			

*Powyżej zaoferowane jednostkowe ceny brutto badań posiewów różnych materiałów są kompletne i uwzględniają wykonanie dodatkowych oznaczeń np. antybiogramu / mykogramu w uzasadnionych przypadkach.

Oferuję dyspozycyjność do realizacji świadczeń zdrowotnych w następujące dni :

poniedziałek w godz.
wtorek w godz.
środa w godz.
czwartek w godz.
piątek w godz.

3. Termin świadczenia usług

Oferuję zawarcie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne od dnia do dnia

4. Oświadczenia

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami postępowania w sprawie zawierania umów na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz warunkami określonymi w umowie i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

.....
miejsce i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez SZPZLO Warszawa-Ochota zawartych w złożonej ofercie dla potrzeb niezbędnych w procesie przeprowadzenia konkursu ofert, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych (Dz. U. z 2015 r. poz. 2135 z późn. zm.).

.....
miejsce i data

.....
podpis przyjmującego zamówienie

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- 1) potwierdzenie aktualnego wpisu w KRS lub w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej;
- 2) zaświadczenie (kopia) o wpisie do ewidencji laboratoriów prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych;
- 3) umowę lub pisemne zobowiązanie się Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie odpowiedzialności za szkodę wyrządzoną w wyniku realizacji umowy o udzielanie zamówienia (art. 25 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej Dz. U. z 2013 r. poz. 217 z późn. zm.). Dotyczy to również odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zarażenia wirusem HIV. Kopię polisy na warunkach określonych w zobowiązaniu oferent przedkłada najpóźniej w przeddzień rozpoczęcia realizacji świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot umowy;
- 4) informacje o liczbie osób, które będą realizowały przedmiot umowy z podaniem ich kwalifikacji zawodowych, numer prawa wykonywania zawodu (jeżeli dotyczy);
- 5) oświadczenie o spełnianiu standardów jakości dla medycznego laboratorium określonych w obowiązujących przepisach;
- 6) dokumenty potwierdzające posiadane kwalifikacje i uprawnienia – dyplom, prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego zgodnie z ustawą z dnia 27 lipca 2001 r. o diagnostyce laboratoryjnej (Dz. U. z 2014 r., poz. 1384);
- 7) Wypełniony Załącznik do Umowy.

Zasady współpracy w zakresie realizacji umowy na wykonywanie badań laboratoryjnych z zakresu diagnostyki mikrobiologicznej

1. Informacje dotyczące wymagań przy pobieraniu materiału do badań i czasu oczekiwania na wyniki

Lp.	Nazwa badania	Rodzaj pojemnika na materiał	Informacje dotyczące postępowania z materiałem po pobraniu (np. temp., czas przechowywania)	Specjalne zalecenia dla pacjenta/ przygotowanie pacjenta	Maksymalny czas oczekiwania na wynik (dni robocze)	Dodatkowe uwagi

2. Informacje dotyczące współpracy z laboratorium (pracownią) wykonującą badanie:

Dane kontaktowe:

- imię i nazwisko:
- nr tel.:
- nr fax.:
- e-mail:

3. Informacje dotyczące współpracy z Działem Zaopatrzenia:

Tryb i forma składania zamówienia:

Dane kontaktowe:

- imię i nazwisko:
- nr tel.:
- nr fax.:
- e-mail:

4. Informacje dotyczące współpracy z Działem Kurierskim:

Dane kontaktowe:

- imię i nazwisko:
- nr tel.: