**Załącznik nr 1 - zmiana**

OFERTA - FORMULARZ OGÓLNY

# Uwaga ! Wypełnia w całości i podpisuje Oferent

**Szpital Specjalistyczny**

**im. J. Śniadeckiego**

**ul. Młyńska 10**

**33-300 Nowy Sącz**

###### Dane o Oferencie

Nazwa: ...................................................................................................................

Adres (siedziba): ...................................................................................................

Tel. / Fax: ..................................................................................

Mail ……………………………………….

**Przedkładając ofertę na świadczenia zdrowotne dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu. oświadczamy, że:**

1. Zapoznaliśmy się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert na świadczenie usług medycznych dla potrzeb Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego w Nowym Sączu i nie zgłaszamy do nich zastrzeżeń.

2. Zapoznaliśmy się z ogólnymi warunkami umowy i wyrażamy gotowość zawarcia umowy uwzględniającej warunki Udzielającego zamówienie oraz przystąpienia do zgodnej z nimi realizacji zamówienia.

3. Posiadamy odpowiednie wyposażenie, środki dostosowane do charakteru oferowanych usług oraz pracowników o odpowiednich kwalifikacjach niezbędnych do realizacji zamówienia.

**Warunki oferowane przez naszą firmę – istotne dla realizacji w/w usługi są następujące**:

**I. CENA**

Oferowana cena jednostkowa za wykonywanie oferowanych przez nas usług określona została w **załączniku nr 2 do oferty „FORMULARZ CENOWY”.**

**II. OKRES NIEZMIENNOŚCI CEN**

Ceny netto nie ulegną zmianie przez okres trwania umowy (nie dotyczy grupy I-III)

**III. Termin realizacji: od dnia 1.01.2025r. do dnia 31.12.2027r.**

**Koronarografia od dnia 6 luty 2025r. do dnia 31 grudnia 2027r.**

**IV. WARUNKI PŁATNOŚCI**

1.Usługi rozliczane będą na podstawie faktur wystawianych za okres **1 miesiąca.**

2.Termin zapłaty od dnia złożenia faktury Udzielającemu zamówienie wynosi **30 dni.**

**V. Parametry oferowane - kryterium oceny wartości oferowanych**

|  |  |
| --- | --- |
| **Warunki oceniane** | **Parametr oferowany**  **(podlega ocenie - zaznaczyć właściwie do oferowanego „X”)** |
| **Kryterium Jakość** | |
| posiadanie certyfikatu zarządzania jakością ISO 9001 |  |
| **Kryterium dostępność** | |
| zapewnienie transportu - odbioru materiału do badań/pacjenta |  |
| **Kryterium Ciągłość** |  |
| w dniu złożenia oferty realizuje dla szpitala usługi na podstawie  umowy | |
| **Kryterium kompleksowość** | |
| usługa realizowana bez udziału podwykonawców |  |
| usługa realizowana z udziałem podwykonawców |  |

**VI. nr konta ..............................................................................................................................................**

**w banku .............................................................................................................................**

**VII PRZESYŁANIE BADAŃ:**

1. Koszt wysyłki materiałów do badań ponosi ...................................... (Przyjmujący zamówienie lub Udzielający zamówienie – wpisać odpowiednie).
2. Materiał do badań odbierany będzie z siedziby Udzielającego zamówienie ........... razy w tygodniu tj.w ........................................... lub dostarczany przez Udzielającego zamówienie do siedziby Przyjmującego zamówienie. (wypełnić odpowiednio do pkt. 1).
3. Wyniki badań przesyłane będą na koszt Przyjmującego zamówienie/Udzielającego zamówienie (zaznaczyć odpowiednio).
4. W przypadkach nagłych wyniki badań przekazywane będą telefonicznie lub mailowo (z zachowaniem ustawy o ochronie danych osobowych).
5. Nr kontaktowy .......................................................

**VIII Dodatkowe postanowienia dotyczące:**

badań laboratoryjnych:

1. sposób pobrania materiału do badań…………………..
2. sposób oraz termin dostarczenia materiału do badań…………………………….
3. warunki transportu………………….
4. metoda wykonania badań…………………………………….
5. czas oczekiwania na wynik………………………………….
6. numery kontaktowe do pracowni………………………….

badań diagnostycznych:

1. miejsce wykonywania badań……………………….
2. sposób zapisu na badanie …………………….
3. numery kontaktowe do pracowni……………………
4. Nr kontaktowy ...................................................... do ustalania terminów badań

*Należy odpowiednio wypełnić do oferowanych usług.*

**IX. OSOBY UPOWŻANIONE DO PODPISANIA UMOWY:** ..................................................

**X. OSOBĄ** upoważnioną do kontaktów w sprawie oferty jest: …………………………………..

Data ................................ ...................................................

Podpisy osób upoważnionych

do reprezentowania Oferenta