Załącznik nr 1 do SWKO

**MCMG-ZP.2720.4.2024**

**FORMULARZ OFERTOWY**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu procedur kardiologicznych (Echo serca przezklatkowe, próba wysiłkowa, Holter EKG, Holter RR), konsultacji neurologicznych dla dzieci, badań elektrofizjologicznych (EEG-16 kanałowe z opisem, Badanie przewodzenia we włóknach czuciowych nerwu SCV, EMG - badanie 1 mięśnia elektrodą koncentryczną badanie pełne, Elektrostymulacyjna próba męczliwości, Próba ischemiczna – TĘŻYCZKOWA, Badanie przewodzenia we włóknach ruchowych nerwu MCV, Badanie metodą pojedynczego włókna), badań USG Doppler kończyn dolnych. **-** nr referencyjny postępowania: MCMG-ZP.2720.4.2024prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji świadczeń zdrowotnychw zakresie:

procedur kardiologicznych (Echo serca przezklatkowe, próba wysiłkowa, Holter EKG, Holter RR), konsultacji neurologicznych dla dzieci, badań elektrofizjologicznych (EEG-16 kanałowe z opisem, Badanie przewodzenia we włóknach czuciowych nerwu SCV, EMG - badanie 1 mięśnia elektrodą koncentryczną badanie pełne, Elektrostymulacyjna próba męczliwości, Próba ischemiczna – TĘŻYCZKOWA, Badanie przewodzenia we włóknach ruchowych nerwu MCV, Badanie metodą pojedynczego włókna), badań USG Doppler kończyn dolnych.

Dane identyfikacyjne Oferenta zgodnie z właściwymi ewidencjami lub rejestrami w tym odpowiednio: imię i nazwisko (nazwę i siedzibę).

……………………………………………………..………….………………………………

…………………………………………………………….…………………………………..

Numer wpisu do właściwego rejestru lub ewidencji …...…………………..……………

Numer wpisu do Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą

…………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu………………………….……………………………………..…………….

Adres e-mail …………………………………..……………………..……………………….

Numer NIP……………………………………..………………………...……………………

Numer REGON …………………………………………………………………....…………

1. Niniejszym zgłaszamy gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych określonych powyżej, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr referencyjny postępowania MCMG-ZP.2720.4.2024.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczamy, że spełniamy niezbędne warunki do wykonywania świadczeń medycznych tj. świadczenia medyczne będą wykonywane przez personel medyczny o odpowiednich uprawnieniach i kwalifikacjach zawodowych przy użyciu aparatury medycznej, urządzeń i sprzętu spełniającego wymagania określone w odrębnych przepisach, posiadających odpowiednie certyfikaty i atesty w pomieszczeniach spełniających i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach.
4. Oświadczamy, że jesteśmy związani niniejszą ofertą przez okres 30 od dnia składania ofert.
5. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 3 do SWKO i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanego rodzaju świadczeń zdrowotnych będzie kontynuowana w całym okresie trwania umowy z sumą ubezpieczenia nie mniejszą niż wynikająca z obowiązujących przepisów prawa.
7. Zobowiązujemy się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
8. **Oferujemy łączną wartość świadczeń medycznych za rok\* (wartość zgodna z wierszem podsumowującym z zał. nr. 2):**

**brutto…………...………(słownie…………………………………………………………)**

*\*umowa będzie dotyczyła terminu wskazanego w SWKO, przedmiotowa cena równo za 12 miesięcy świadczenia usług została przedstawiona na potrzeby oceny postępowania i wyboru Wykonawcy.*

**Oferowana cena/stawka za poszczególne świadczenia medyczne została określona w załączniku nr 2 do SKWO, który stanowi integralną cześć formularza ofertowego.**

………………………………….

 Data i Podpis Oferenta

**Załącznikami do oferty są:**

1)

2)

3)

4)

5)