**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| **NAZWA OFERENTA** |  |
| **ADRES OFERENTA** |  |
| **NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ**  w rejestrze podmiotów wykonującychdziałalność leczniczą |  |
| KRS |  |
| NIP |  |
| Imię i nazwisko osoby upoważnionej do kontaktu |  |
| Nr tel. osoby upoważnionej do kontaktu |  |
| e-mail osoby upoważnionej do kontaktu |  |

Odpowiadając na ogłoszenie o konkursie ofert nr ZP-4240-27/24 na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne z zakresu **badań mikrobiologicznych** na rzecz pacjentów Narodowego Instytutu Onkologii im. Marii Skłodowskiej - Curie – Państwowego Instytutu Badawczego Oddziału w Krakowie, zgodnie z warunkami określonymi w Ogłoszeniu o konkursie:

1. **Oferuję** wykonanie zamówienia w **maksymalnej cenie łącznej brutto**:

…………………………………………………………..

(słownie: ………………………………………………………………………………………..)

1. Oświadczam, że:
2. osoby, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych pacjentom Udzielającego zamówienie, posiadają wymagane w opisie przedmiotu konkursu wykształcenie, doświadczenie i umiejętności, a także zapewnią prawidłową i należytą realizację świadczenia,
3. (w przypadku, gdy Oferentem jest podmiot leczniczy/spółka): na każde wezwanie Udzielającego zamówienie lub instytucji kontrolujących okażę stosowne dokumenty potwierdzające kwalifikacje osób udzielających świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu,
4. posiadam wymaganą przez przepisy prawa **umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej** za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych w okresie trwania realizacji świadczenia i taką umowę będę posiadać i będę ją utrzymywać przez cały okres trwania umowy,
5. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych, które powierzyłem Udzielającemu zamówienie w celu związanym z udzieleniem świadczenia zdrowotnego nr ZP-4240-27/24 prowadzonym w trybie konkursu ofert,
6. wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie świadczenia zdrowotnego w niniejszym konkursie ofert nr ZP-4240-27/24.

*Załączniki do oferty*:

* + - 1. Formularz cenowy wg wzoru Załącznika nr 1.
      2. Wymagania dotyczące realizacji świadczeń – Załącznik nr 1a
      3. Oświadczenie Oferenta wg wzoru Załącznika nr 3.
      4. Kopia polisy ubezpieczeniowej od odpowiedzialności OC.
      5. Pełnomocnictwo (jeśli dotyczy).

…………………………………..

Miejscowość i data

…………………………………

podpis

¹ W przypadku gdy Przyjmujący zamówienie nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia Przyjmujący zamówienie nie składa.