*(pieczęć Wykonawcy)*

**FORMULARZ**

**OFERTOWO – CENOWY**

Dla

**UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

**SZPITALE TCZEWSKIE SPÓŁKA AKCYJNA**

UL. 30-go STYCZNIA 57/58, 83-110 TCZEW.

TEL./FAX 58.777.66.73

Adres strony internetowej: [www.szpitaletczewskiesa.pl](http://www.szpitaletczewskiesa.pl)

KRS:0000386185, NIP: 593-25-26-795, REGON: 220620689, BDO000038394

W związku z postępowaniem konkursowym prowadzonym przez Szpitale Tczewskie S.A. na:

**udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług zdrowotnych obejmujących badania tomografii komputerowej
i rezonansu magnetycznego u pacjentów Szpitali Tczewskich S.A. wraz z opisem badań oraz wraz z najmem pomieszczeń przeznaczonych do wykonywania ww. badań.**

**MY NIŻEJ PODPISANI:**

**(Wykonawca)**

PEŁNA NAZWA/FIRMA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

REPREZENTANT WYKONAWCY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES SIEDZIBY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES KORESPONDENCYJNY: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

OSOBA(Y) DO KONTAKTU Z UDZIELAJĄCYM ZAMÓWIENIA: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, E-MAIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP/PESEL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (w zależności od podmiotu)

KRS/CEiDG: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (w zależności od podmiotu)

REGON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ NA KTÓRY UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA MA PRZESYŁAĆ KORESPONDENCJE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

RODZAJ WYKONAWCY (obligatoryjnie zaznaczyć odpowiedź w sekcji A, poniżej):

A.

□ MIKROPRZEDSIĘBIORSTWO

□ MAŁE PRZEDSIĘBIORSTWO

□ ŚREDNIE PRZEDSIĘBIORSTWO

□ DUŻE PRZEDSIĘBIORSTWO

B.

□ JEDNOOSOBOWA DZIAŁALNOŚĆ GOSPODARCZA

□ OSOBA FIZYCZNA NIE PROWADZĄCA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

□ INNY RODZAJ (podać jaki) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (opcjonalnie)

składając niniejszą ofertę, oświadczamy, że:

- zapoznaliśmy się ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert, projektem umowy na świadczenie usług zdrowotnych, będących przedmiotem niniejszego konkursu, projektem umowy dotyczącej wynajmu pomieszczeń do realizacji przedmiotu konkursu, regulaminem przeprowadzania konkursu i wszystkimi innymi dokumentami oraz warunkami spełnienia świadczenia. Do dokumentów i warunków nie wnosimy żadnych zastrzeżeń i uznajemy się za związanych określonymi w nich postanowieniami, a w przypadku wyboru naszej oferty podpiszemy umowę zgodnie z treścią przedstawioną przez Udzielającego Zamówienie. Jednocześnie oświadczamy, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania świadczeń (wszystkie koszty jakie poniesie Udzielający Zamówienia).

* 1. **OFERUJEMY** wykonanie badań, będących przedmiotem konkursu w zakresie i po cenach zawartych poniżej, zaproponowanych przez nas w niniejszej ofercie:

**Zakres oraz szacowaną liczbę badań** w ujęciu 12-miesięcznym (dla okresu realizacji niniejszego zamówienia należy ilości te przemnożyć przez 5 – 5 lat) przedstawiają poniższe tabele:

**REZONANS MAGNETYCZNY (MRI)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BADANIE** |  | **ILOŚĆ SZACOWANA - rocznie** |
|  |
| GŁOWA BEZ KONTRASTU |   | 40 |  |
| GŁOWA Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| GŁOWA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 32 |  |
| ZATOKI BEZ KONTRASTU |   | 10 |  |
| ZATOKI Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| ZATOKI BEZ I Z KONTRASTEM |   | 8 |  |
| OCZODOŁY BEZ KONTRASTU |   | 10 |  |
| OCZODOŁY Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| OCZODOŁY BEZ I Z KONTRASTEM |   | 8 |  |
| TWARZOCZASZKA BEZ KONTRASTU |   | 10 |  |
| TWARZOCZASZKA Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| TWARZOCZASZKA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 8 |  |
| PRZYSADKA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| SZYJA BEZ KONTRASTU |   | 10 |  |
| SZYJA Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| SZYJA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 8 |  |
| KRĘGOSŁUP L-S BEZ KONTRASTU |   | 60 |  |
| KRĘGOSŁUP C BEZ KONTRASTU |   | 40 |  |
| KRĘGOSŁUP TH BEZ KONTRASTU |   | 8 |  |
| KRĘGOSŁUP L-S Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP C Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP TH Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP L-S BEZ I Z KONTRASTEM |   | 5 |  |
| KRĘGOSŁUP C BEZ I Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP TH BEZ I Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| JAMA BRZUSZNA BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| JAMA BRZUSZNA Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| JAMA BRZUSZNA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 33 |  |
| MIEDNICA MAŁA BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| MIEDNICA MAŁA Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| MIEDNICA MAŁA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 20 |  |
| KOŚCI, STAWY BEZ KONTRASTU |   | 52 |  |
| KOŚCI, STAWY Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KOŚCI, STAWY BEZ I Z KONTRASTEM |   | 4 |  |
| MRCP – DROGI ŻÓŁCIOWE |   | 12 |  |
| ENTEROGRAFIA |   | 6 |  |
| MR GŁOWA + ANGIO |   | 4 |  |
| MR GŁOWA + ANGIO Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| MR GŁOWA + ANGIO BEZ I Z KONTRASTEM |   | 5 |  |
| TKANKI MIEKKIE WSKAZANEJ OKOLICY BEZ KONTRASTU |   | 10 |  |
| TKANKI MIEKKIE WSKAZANEJ OKOLICY Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| TKANKI MIEKKIE WSKAZANEJ OKOLICY BEZ I Z KONTRASTEM |   | 8 |  |
| \*SCYNTYGRAFIA |   | 1 |  |
| PET-CT (z zastosowaniem FDG) |   | 2 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **SCYNTYGRAFIA\*****(do przeniesienie do tabeli MRI)** | **ILOŚĆ SZACOWANA - rocznie** |
|  |
|  |
|  |
| Scyntygrafia tarczycy 99mTc |  1  |  |
| Scyntygrafia tarczycy 131I | 1 |  |
| Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy tarczycy |  1  |  |
| Scyntygrafia układu siateczkowo-śródnabłonkowego wątroby |  1  |  |
| Scyntygrafia wątroby znakowanymi erytrocytami |  1  |  |
| Scyntygrafia dynamiczna nerek |  1  |  |
| Scyntygrafia statyczna nerek techniką plenarną |  1  |  |
| Badanie scyntygraficzne lub czynności śledziony |  1  |  |
| Scyntygrafia trójfazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów  |  1  |  |
| Scyntygrafia jednofazowa odcinka układu kostnego z zastosowaniem fosfonianów  |  1  |  |
| Scyntygrafia czynności przełyku |  1  |  |
| Scyntygrafia całego układu kostnego |  1  |  |
| Scyntygrafia całego układu kostnego - inne |  1  |  |

**TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA (TK)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BADANIE** |  | **ILOŚĆ SZACOWANA - rocznie** |
|  |
| GŁOWA BEZ KONTRASTU |   | 1250 |  |
| GŁOWA Z KONTRASTEM |   | 20 |  |
| GŁOWA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 100 |  |
| TK GŁOWA + ANGIO BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| TK GŁOWA + ANGIO Z KONTRASTEM |   | 5 |  |
| TK GŁOWA + ANGIO BEZ I Z KONTRASTEM |   | 5 |  |
| TWARZOCZASZKA BEZ KONTRASTU |   | 310 |  |
| TWARZOCZASZKA Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| TWARZOCZASZKA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| OCZODOŁY BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| OCZODOŁY Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| OCZODOŁY BEZ I Z KONTRASTEM |   | 4 |  |
| ZATOKI BEZ KONTRASTU |   | 12 |  |
| ZATOKI Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| ZATOKI BEZ I Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| KOŚĆ SKRONIOWA - USZY |   | 5 |  |
| KOŚĆ SKRONIOWA - USZY HR BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| KOŚĆ SKRONIOWA - USZY HR Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| KOŚĆ SKRONIOWA - USZY HR BEZ I Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| SZCZĘKA I ŻUCHWA HR BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| KRTAŃ BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| KRTAŃ Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRTAŃ BEZ I Z KONTRASTEM |   | 4 |  |
| SZYJA BEZ KONTRASTU |   | 5 |  |
| SZYJA Z KONTRASTEM |   | 5 |  |
| SZYJA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 10 |  |
| TK ANGIO TĘTNIC SZYJNYCH |   | 5 |  |
| KRĘGOSŁUP L-S BEZ KONTRASTU |   | 400 |  |
| KRĘGOSŁUP C BEZ KONTRASTU |   | 350 |  |
| KRĘGOSŁUP TH BEZ KONTRASTU |   | 50 |  |
| KRĘGOSŁUP L-S Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP C Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP TH Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP L-S BEZ I Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP C BEZ I Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KRĘGOSŁUP TH BEZ I Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KLATKA PIERSIOWA NISKODAWKOWA |   | 5 |  |
| KLATKA PIERSIOWA BEZ KONTRASTU |   | 95 |  |
| KLATKA PIERSIOWA Z KONTRASTEM |   | 30 |  |
| KLATKA PIERSIOWA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 690 |  |
| KLATKA PIERSIOWA HR BEZ KONTRASTU |   | 10 |  |
| KLATKA PIERSIOWA HR Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KLATKA PIERSIOWA HR BEZ I Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| TK ANGIO KLATKI PIERSIOWEJ  |   | 2 |  |
| TK ANGIO KLATKI PIERSIOWEJ Z OCENĄ MIĄŻSZU PŁUC |   | 360 |  |
| JAMA BRZUSZNA BEZ KONTRASTU |   | 10 |  |
| JAMA BRZUSZNA Z KONTRASTEM |   | 6 |  |
| JAMA BRZUSZNA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 40 |  |
| JAMA BRZUSZNA I MIEDNICA MAŁA BEZ KONTRASTU |   | 46 |  |
| JAMA BRZUSZNA I MIEDNICA MAŁA Z KONTRASTEM |   | 10 |  |
| JAMA BRZUSZNA I MIEDNICA MAŁA BEZ I Z KONTRASTEM |   | 900 |  |
| TK ANGIO JAMY BRZUSZNEJ BEZ KONTRASTU |   | 1 |  |
| TK ANGIO JAMY BRZUSZNEJ Z KONTRASTEM |   | 2 |  |
| TK ANGIO JAMY BRZUSZNEJ BEZ I Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| MIEDNICA MAŁA BEZ KONTRASTU |   | 35 |  |
| MIEDNICA MAŁA Z KONTARSTEM |   | 2 |  |
| MIEDNICA MAŁA BEZ I Z KONTARSTEM |   | 3 |  |
| KOŃCZYNY, STAWY BEZ KONTRASTU |   | 20 |  |
| KOŃCZYNY, STAWY Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| KOŃCZYNY, STAWY BEZ I Z KONTRASTEM |   | 4 |  |
| TK ANGIO AORTY BRZUSZNEJ BEZ KONTRASTU |   | 3 |  |
| TK ANGIO AORTY BRZUSZNEJ Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| TK ANGIO AORTY BRZUSZNEJ BEZ I Z KONTRASTEM |   | 27 |  |
| TK ANGIO AORTY PIERSIOWEJ BEZ KONTRASTU |   | 3 |  |
| TK ANGIO AORTY PIERSIOWEJ Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| TK ANGIO AORTY PIERSIOWEJ BEZ I Z KONTRASTEM |   | 27 |  |
| KOLONOSKOPIA WIRTUALNA |   | 5 |  |
| UROGRAFIA |   | 45 |  |
| TK ANGIO KOŃCZYN DOLNYCH BEZ KONTRASTU |   | 1 |  |
| TK ANGIO KOŃCZYN DOLNYCH Z KONTRASTEM |   | 1 |  |
| TK ANGIO KOŃCZYN DOLNYCH BEZ I Z KONTRASTEM |   | 3 |  |
| ANGIO – JAMA BRZUSZNA I MIEDNICA MAŁA |   | 6 |  |

**Cena oferty:**

|  |  |
| --- | --- |
| **CENA OFERTY ŁĄCZNA ZA OKRES 5 LAT****Suma wartości „ŁĄCZNIE I ROK, ŁĄCZNIE II ROK, ŁACZNIE III ROK, ŁĄCZNIE IV ROK, ŁĄCZNIE V ROK dla badań TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ I REZONANSU MAGNETYCZNEGO, przeniesiona z pliku excel „ARKUSZ CENOWY”****Arkusz Cenowy stanowi podstawę skalkulowania ceny oferty** | **PLN** |

**1.2. OFERUJEMY** stawkę brutto za najem pomieszczeń za 1 m2, w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_ PLN (minimalnie 43,05 zł. za m2 brutto, netto 35,00 zł.)

**1.3. OŚWIADCZAMY**, że NA DZIEŃ ZŁOŻENIA OFERTY ŚWIADCZYMY \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (podać ilość placówek) USŁUG Z ZAKRESU REZONANSU MAGNETYCZNEGO i TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ W TYM PRZYNAJMNIEJ JEDNĄ W TRYBIE DYŻUROWYM TJ. PRZEZ 24 H/DOBĘ, 7 DNI W TYGODNIU NA TERENIE SZPITALA, tj:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa i adres Szpitala** | **Zakres świadczonych usług** | **Termin realizacji usługi** **(od – do)** | **Tryb dyżurowy [TAK/NIE]****odpowiednie wpisać** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**2. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do wykonania przedmiotu konkursu w terminach określonych przez Udzielającego Zamówienie,
w dokumentacji konkursu ofert.

**3. AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Udzielającego w dokumentacji konkursu (projekt umowy dot. udzielania świadczeń zdrowotnych oraz najmu pomieszczeń)

**4. UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert. Oświadczamy, że jeśli do upływu terminu związania ofertą nastąpią jakakolwiek zmiany sytuacji w zakresie dotyczącym podmiotu składającego ofertę w przedstawionych przez nas dokumentach wchodzących w skład oferty, natychmiast powiadomimy o nich Udzielającego na piśmie.

**5. OŚWIADCZAMY**, iż niniejsza oferta oraz wszelkie złożone do niej załączniki są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, z wyjątkiem (wpisać jakie dokumenty nie mogą być ogólnie udostępniane):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**UWAGA: Nie wypełnienie pustego pola jest równoznaczne z oświadczeniem Wykonawcy, iż oferta i wszystkie do niej załączniki są jawne.**

Jednocześnie oświadczamy, że w przypadku złożenia Udzielającemu Zamówienia dokumentów zawierających informację stanowiącą tajemnicę przedsiębiorstwa, o której mowa w niniejszym punkcie - po terminie składania ofert - poinformujemy pisemnie Udzielającego Zamówienie o takim zastrzeżeniu równocześnie z chwilą dostarczenia zastrzeżonych informacji. Nie złożenie stosownej informacji skutkowało będzie uznaniem przez Udzielającego Zamówienie, że otrzymane od Wykonawcy dokumenty są jawne, do czego nie wnosimy zastrzeżeń.

**6. OŚWIADCZAMY,** że zapoznaliśmy się z postanowieniami umów (projekt umowy dot. świadczenia usług medycznych i najmu pomieszczeń) i zobowiązujemy się, w przypadku wyboru naszej oferty, do zawarcia umów zgodnych z niniejszą ofertą, na warunkach określonych w dokumentacji niniejszego konkursu, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.

**7. OŚWIADCZAMY,** że przedmiotowe zamówienie wykonamy także zgodnie z wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia oraz, że poddamy się kontroli NFZ, w zakresie przedmiotu konkursu, o ile zajdzie taka potrzeba.

**8. ZOBOWIAZUJEMY SIĘ,** do używania sprzętu o parametrach umożliwiających wykonywanie wszystkich zakresów badań, będących przedmiotem konkursu, oraz oświadczamy, że sprzęt ten posiada wymagane przepisami prawa świadectwa
i certyfikaty.

**9. POD GROŹBĄ ODPOWIEDZIALNOŚCI KARNEJ oświadczamy, że załączone do oferty dokumenty opisują stan prawny
i faktyczny, na dzień otwarcia ofert (art. 233 k.k.).**

**10. OŚWIADCZAMY**, że w realizację zamówienia objętego niniejszym konkursem nie będzie zaangażowany podmiot/podmioty naruszający zakazy, o których mowa w art. 5k rozporządzenia Rady (UE) nr 833/2014 z dnia 31 lipca 2014 r. dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 229 z 31.7.2014, str. 1), w brzmieniu nadanym rozporządzeniem Rady (UE) 2022/576 w sprawie zmiany rozporządzenia (UE) nr 833/2014 dotyczącego środków ograniczających w związku z działaniami Rosji destabilizującymi sytuację na Ukrainie (Dz. Urz. UE nr L 111
z 8.4.2022, str. 1), oraz o których mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego i rozumiemy konsekwencje złożenia nieprawdziwego oświadczenia w ww. zakresie.

**11. ZAŁĄCZNIKAMI** do niniejszej oferty, na podstawie których skalkulowano cenę oferty, stanowiącymi jej integralną część są:

1. REGULAMIN KONKURSU OFERT

2. SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT - SWKO

3. UMOWA - ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH - PROJEKT

4. UMOWA NAJMU POMIESZCZEŃ - PROJEKT

5. UMOWA POWIERZENIA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH - PROJEKT

6. ARKUSZ CENOWY

7. Inne dokumenty wymagane warunkami niniejszego konkursu

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dnia \_\_.\_\_.\_\_\_\_ r.

 *\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

 *(podpis Przyjmującego Zamówienie - Wykonawcy)*