

## ZAŁĄCZNIK NR 1 do SWKO – FORMULARZ OFERTY



(Pieczęć nagłówkowa Przyjmującego Zamówienie)

**Wojewódzki Szpital im. Zofii  
z Zamoyskich Tarnowskiej  
w Tarnobrzegu  
ul. Szpitalna 1,  
39-400 Tarnobrzeg**

### OFERTA

Nawiązując do ogłoszenia o postępowaniu prowadzonego w trybie konkursu ofert na podstawie art. art.26, 26a i 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (Dz.U.2024, poz. 799 t.j.): *na wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologii dla Wojewódzkiego Szpitala im. Zofii z Zamoyskich Tarnowskiej w Tarnobrzegu, oraz najmu pomieszczeń na świadczenie tych usług.*

### MY, NIŻEJ PODPISANI

.....  
działając w imieniu i na rzecz Przyjmującego Zamówienie:

.....  
(nazwa firmy Przyjmującego Zamówienie)

**Adres Przyjmującego Zamówienie:**  
.....

- 1. OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się ze SWKO i uznajemy się za związanych określonymi w niej postanowieniami i zasadami postępowania.
  - 2. OFERUJEMY** wykonanie przedmiotu zamówienia w okresie 5 lat za cenę:  
**brutto** ..... zł (słownie złotych: .....).
  - 3. UWAŻAMY SIĘ** za związanych niniejszą ofertą przez okres 60 dni od upływu terminu składania ofert.
  - 4. OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia oraz warunkami konkursu, tj. Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert i uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
  - 5. OŚWIADCZAMY**, że posiadamy uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologii.
  - 6. OŚWIADCZAMY**, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
  - 7. OŚWIADCZAMY**, że zobowiązujemy się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
  - 8. OŚWIADCZAMY**, że zapoznaliśmy się z warunkami umów określonych w projektach umów i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na okres 5 lat w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie.
  - 9. OŚWIADCZAMY**, iż – za wyjątkiem informacji i dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr od ..... do ..... – niniejsza oferta oraz wszelkie załączniki do niej są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
  - 10. OŚWIADCZAMY**, iż – badania wyszczególnione w formularzu cenowym w pozycjach l.p. .... będą wykonywane przez Podwykonawców.....(podać nazwę i siedzibę Podwykonawcy)
  - 11. ZOBOWIĄZUJEMY SIĘ** do realizacji zamówienia w terminie podanym w SWKO.
  - 12. GWARANTUJEMY** okres stałości cen zgodnie z postanowieniami umowy.
  - 13. AKCEPTUJEMY** warunki płatności określone przez Udzielającego Zamówienie.
  - 14. NUMER RACHUNKU BANKOWEGO** podany przez Przyjmującego Zamówienie: .....  
....., na który Udzielający Zamówienia będzie dokonywał zapłaty za wykonane badania.
- W przypadku wpłaty wadium** w pieniądzu zwrotu należy dokonać na rachunek bankowy nr:

.....  
**15. NAZWISKO I IMIĘ osoby/osób** Przyjmującego Zamówienie uprawnionej/ych lub upoważnionej/ych do reprezentowania przy sporządzaniu niniejszej oferty:.....

W przypadku jeżeli osoba nie jest wskazana we właściwym rejestrze lub działalności gospodarczej wymagane jest załączenie pełnomocnictwa, które w swojej treści jednoznacznie wskaże uprawnienie do sporządzenia i podpisania oferty. Należy je złożyć w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem/kopia pełnomocnictwa powinna być poświadczona notarialnie/.

**16. OSOBY REPREZENTUJĄCE** Przyjmującego Zamówienie przy podpisie umowy: imię i nazwisko ....., oraz oznaczenie funkcji .....

W przypadku jeżeli osoba nie jest wskazana we właściwym rejestrze lub działalności gospodarczej wymagane jest załączenie pełnomocnictwa, które w swojej treści jednoznacznie wskaże uprawnienie do podpisania umowy. Należy je złożyć w oryginale lub kopii poświadczonej za zgodność z oryginałem/kopia pełnomocnictwa powinna być poświadczona notarialnie/.

**17. OSOBA UPOWAŻNIONA** do koordynowania wykonywanymi świadczeniami zdrowotnymi w zakresie diagnostyki laboratoryjnej i mikrobiologii..... nr tel. ....  
adres e-mail .....

**18. WSZELKĄ KORESPONDENCJĘ** w sprawie niniejszego postępowania należy kierować na adres: ..... nr tel.....nr faxu: .....  
adres e-mail.....

**19. OSOBA** uprawniona do kontaktu z Udzielającym Zamówienia .....

**20. ADRES e-mail** osoby uprawnionej do kontaktowania się z Udzielającym Zamówienia: .....

**21. OFERTA** została złożona na ..... stronach, podpisanych i kolejno ponumerowanych od nr ..... do nr .....

**22. INTEGRALNĄ** część oferty stanowią następujące dokumenty:

- 1/ .....
- 2/ .....
- 3/ .....
- 4/ .....
- 5/ .....

..... dnia ..... 2024 roku

.....  
*podpis osoby(osób) uprawnionej(ych)*  
do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie