

.....
pieczęćka Oferenta

..... dnia

O F E R T A

Na: „Zawarcie umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Instytucie Matki i Dziecka w zakresie przygotowania leków cytostatycznych”

Znak: KOŚZ/33/2022

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa firmy (lub imię i nazwisko)

.....
.....

2. Adres z kodem

.....

3. tel. fax e-mail:

4. NIP REGON

5. Osoba uprawniona do kontaktów

imię i nazwisko tel.

e-mail.....

6. Zarejestrowany w

.....
.....

pod numerem

II. PRZEDMIOT OFERTY

1. Oferuję wykonywanie usługi farmaceutycznej polegającej na wykonaniu wlewów oraz bolusów z lekami cytostatycznymi, zgodnie z załącznikiem Nr 2 do SWKO.

2. Oświadczam, że usługi będą wykonywane przez wykwalifikowane osoby posiadające odpowiednie uprawnienia, zgodnie z obowiązującymi w Polsce przepisami, w naszych pomieszczeniach, przy użyciu naszego sprzętu.

3. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, p.poż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.

4. Oświadczam, że oferowane świadczenia będą wykonywane zgodnie z:

- przepisami ustawy Prawo Farmaceutyczne z dnia 06.09.2001 r. (Dz. U. z 2021 r. poz. 974 z późn. zm.);
- obowiązującymi standardami („Standardy Jakościowe w Farmacji Onkologicznej”, zatwierdzone przez Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne);
- Dobrą Praktyką Wytwarzania (GMP).

5. Gwarantuję ciągłość świadczeń, niezależnie od urlopów, absencji chorobowej i nieobecności z innych powodów, bez naruszenia warunków zawartej umowy.

III. WARTOŚĆ OFERTY

Oferuję cenę za wykonanie:

Lp.	Nazwa	Wartość netto w zł	Kwota VAT	Wartość brutto w zł
1.	wlew w postaci worka			
2.	wlew w postaci bolusa			
3.	opłata za pracę w dni wolne			
RAZEM				

IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że akceptuję istotne dla Udzielającego Zamówienia postanowienia zawarte w projekcie umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonym w niniejszym projekcie w przypadku wyboru mojej oferty.
2. Zobowiązuję się do dostarczenia kopii polisy Udzielającemu Zamówienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy.

V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem składek na ubezpieczenie zdrowotne i społeczne/mam rozłożone na raty/jestem zwolniony z uiszczanych składek/uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie/odroczenie/rozłożenie na raty zaległych płatności/jest wstrzymane w całości wykonanie decyzji właściwego organu*
2. Oświadczam, że nie zalegam z opłaceniem podatków/uzyskałem przewidziane prawem zwolnienie/odroczenie/rozłożenie na raty zaległych płatności/ jest wstrzymane w całości wykonanie decyzji właściwego organu*
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz ogólnymi warunkami umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że pracownia przygotowująca leki cytostatyczne znajduje się w odległości maksymalnie 10 km od siedziby Udzielającego Zamówienie.

5. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od terminu składania ofert.

* Skreślić niewłaściwe

VI. PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

„Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przekazanych w ofercie oraz w później składanych dokumentach, oświadczeniach i wyjaśnieniach dla potrzeb związanych z niniejszym postępowaniem konkursowym, zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z 27.04.2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz.Urz. UE L 119, s. 1) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r o *ochronie danych osobowych* (tekst jedn. Dz. U. z 2019 r. poz. 781).

VII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

*podpis osoby umocowanej
do reprezentowania Oferenta*