............................................

pieczątka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY - dane oferenta i oświadczenia**

# Pełna nazwa oferenta:

# .……………………………………………………………………………………………………

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

# Pełny adres Oferenta:

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

1. .……………………………………………………………………………………………………

# Numer tel.: ......……………............................................................................................................

# Adres e-mail: ...................................................................................................................................

Numer Księgi w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą:

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

Numer statystyczny REGON: .......................................................................................................

Numer Identyfikacji Podatkowej NIP: ……………………………...............................…………

Numer KRS: ………………………………………………………………………………………

Nazwisko i imię oraz stanowisko osoby / osób uprawnionej do reprezentowania:

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

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

Nazwa banku, nr rachunku:

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

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

**Oświadczenie**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań molekularnych i cytogenetycznych, i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.

2. Oświadczam, że jako Oferent jestem podmiotem wykonującym działalność leczniczą:

1. uprawnionym do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej
(t.j. Dz.U. 2018 r., poz. 160 ze zm.) i pozostałymi przepisami,
2. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi,
3. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie, potencjał techniczny (w miejscu udzielania świadczenia zapewniam co najmniej: termocykler, termocykler real-time PCR, sekwenator sangerowski, sekwenator NGS, mikrotom, komora laminarna, mikroskop fluorescencyjny, hybrydyzator) oraz dysponuję personelem uprawnionym
do wykonywania świadczeń objętych konkursem,
4. posiadam w strukturze zakład patomorfologii / zatrudniam patomorfologa w miejscu udzielania świadczeń\*,
5. zapewniam realizację świadczeń będących przedmiotem konkursu bez udziału podwykonawców.
6. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
7. Oświadczam, że jestem związany niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty złożenia oferty.
8. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności/
oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne.\*
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

\*) *niewłaściwe skreślić*.

 ..............................................................

 Data i podpis Oferenta

lub upoważnionego przedstawiciela