*Załącznik nr 1 – Wzór formularza oferty*

**Udzielający zamówienia**

Szpital Specjalistyczny

im. Świętej Rodziny SPZOZ

**OFERTA**

**na konkurs nr K2/2025/DZP/B**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań genetycznych oraz badań biologii molekularnej na rzecz Szpitala Specjalistycznego**

 **im. Świętej Rodziny**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko lub nazwa firmy: ...............................................................................

Adres: ...............................................................................

NIP ........................................ REGON ........................................

Nr telefonu: ........................................ Nr faksu: ........................................

Adres poczty elektronicznej: ........................................

Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Lp.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Maksymalny termin wykonania badania do 8 tygodni -*** *podać* | ***Szacunkowa roczna liczba badań***  ***na 12 miesięcy*** | ***Cena badania w zł*** | ***Wartość badań na 12 miesięcy w zł*** |
| 1 | Badanie genów związanych z predyspozycjami onkologicznymi – panel 81 genów (w tym genów BRCA1 i BRCA2), metoda NGS |  | 10 |  |  |
| 2 | Badania 78 genów ( np. BRCA1, BRCA2) związanych z predyspozycjami onkologicznymi (nowotwory) oraz badanie predyspozycji do zakrzepicy, hipercholesterolami oraz tętniaków, metoda NGS |  | 10 |  |  |
| 3 | Ocena predyspozycji do rozwoju raka piersi i jajnika,Badanie genów związanych z predyspozycjami onkologicznymi – panel 81 genów (w tym genów BRCA1 i BRCA2), metoda NGS |  | 20 |  |  |
| 4 | Predyspozycja do nowotworów gruczołu krokowego, trzustki i In. Narządów. Badanie genów związanych z predyspozycjami onkologicznymi – panel 81 genów (w tym genów BRCA1 i BRCA2), metoda NGS |  | 3 |  |  |
|  |  |

Okres świadczenia usług: 36 miesięcy

Liczba lat prowadzenia działalności w zakresie przedmiotu konkursu……………………..

Oferowany termin płatności faktury za badania (min. 30 dni) .......... dni.

Zamówienie wykonamy sami\* /Zamówienie wykonamy przy udziale podwykonawców\*

**\*** niepotrzebne skreślić

(Jeżeli dotyczy)

Lista podwykonawców (nazwa i adres) oraz zakres świadczeń powierzonych podwykonawcy:

……………………………………………………………………………………………………………

Oświadczamy, że badania będą odbierane od Udzielającego zamówienia w pracowni Oferenta lub innej wskazanej w ofercie (Jeżeli dotyczy) pod adresem ......................................................, w dniach od poniedziałku do piątku, w godzinach ………………...............

Oświadczamy, że wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Wymagane dokumenty:

1. Aktualny odpis z rejestru sądowego lub zaświadczenie o wpisie do centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.
2. Aktualny odpis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk lekarskich.
3. Oświadczenie Oferenta.
4. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu na podstawie przepisów sankcyjnych.
5. Kopia aktualnej polisy OC w zakresie działalności objętej konkursem.
6. Lista lekarzy wykonujących badania.
7. Potwierdzenie wniesienia wadium.

*............................................................................ ......................................................................*

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta*