….....
pieczęć oferenta

FORMULARZ OFERY
Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie
wykonywania badań mikrobiologicznych
dla Zakładu Lecznictwa Ambulatoryjnego w Chrzanowie sp.z o.o .

1. Oferent .....
2. Adres oferenta .....
3. Nr telefonu .....
4.Forma organizacyjna podmiotu leczniczego .....
5.Rodzaj prowadzonej działalności leczniczej .....
6.Nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....
7. Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ….....
8.REGON ….....
9. NIP ….....
10.Nazwa banku oraz nr rachunku .....
11. Nr polisy ubezpieczeniowej .....
12. Okres obowiązywania polisy .....
13. Kontakt e-mail.....

Zgłaszam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań mikrobiologicznych w okresie od ….....do ….....

Wykaz badań mikrobiologicznych

LP	Rodzaj badania	Czas wykonania badania	Cena brutto za badanie
	Część I **Badanie kału**		
1	Na nosicielstwo do książeczki zdrowia(3 krotnie)		
	Część II **Badanie kału**		
1	1 krotne badanie w kierunku Salmonella ,Shigella		
2	Badanie kału u dzieci do dwóch lat (w kierunku Salmonella ,Shigelia)		
3	Badanie kału u dorosłych i dzieci powyżej dwóch lat (w kierunku Salmonella ,Shigella)		
4	Kał na pasożyty (badanie kału)		
5	Kał na pasożyty (wymaz + badanie kału)		
6	Rotawirusy adenowirusy w kale		
7	Wymaz okołoodbytniczy		
8	Giardia Lamblia -test Elisa		
	Bakteriologia		

1	Wymaz z gardła		
2	Wymaz z ucha		
3	Wymaz z nosa		
4	Wymaz z pochwy		
5	Wymaz z kanału szyjki macicy		
6	Wymaz z cewki moczowej		
7	Wymaz z rany		
8	Wymaz z owrzodzenia		
9	Ropa -posiew		
10	Punktat -posiew		
11	Wymaz z worka spojówkowego		
12	Posiew z moczu		
13	Wymaz w kierunku Pneumocystis		
14	Antybiogram za 1 mikroorganizm		
15	Czystość pochwy		
16	Wymaz z dróg oddechowych w kierunku grzybów drożdz. ujemny		
17	Wymaz z dróg oddechowych w kierunku grzybów drożdz. Dodatni		
	Mykologia		
1	Posiew w kierunku grzybów drożdzopodobnych ujemne		
2	Posiew w kierunku grzybów drożdzopodobnych dodatnie (identyfikacja)		
3	Posiew w kierunku grzybów drożdzopodobnych dodatnie + antybiogram		
4	Posiew w kierunku dermatofitów dodatnie (mikrohodowla)		
5	Posiew w kierunku dermatofitów ujemnne		
		RAZEM	

Zakres krażków uzywanych do antybiogramów obejmuje : .....
.....
.....

Całkowita wartość oferty wyniesie (wpisać w poz." razem „sumę kwot za badania z danej części) ….....
(słownie).....
.....w tym ….....% vat

Oferuje wykonywanie niniejszych świadczeń(adres miejsca pobrania materiału).
.....
codziennie od poniedziałku do piątku oraz zapewniam odbiór materiału w dni i godziny :
poniedziałek .....
wtorek.....
środa ….....

czwartek .....
piątek ….....

Oświadczenie.

1) **Oświadczam ,że** zapoznałem się z treścią ogłoszenia ,szczegółowymi warunkami konkursu ofert, wzorem umowy i nie wnoszę zastrzeżeń **oraz** z przepisami ustawy z dnia 15.04.2012 o działalności leczniczej /Dz.U 2015 poz.618/

2) **Oświadczam,że** spełniam warunki :

1. posiadam uprawnienia do wykonywania w/w działalności lub czynności
2. posiadam wiedzę i doświadczenie
3. dysponuje odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania zamówienia
4. znajduje się sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej realizację zamówienia

3) **Oświadczam,że** jako podwykonawca usług laboratoryjnych wyrażam gotowość do poddania się kontroli ze strony OW NFZ ,właściwego dla siedziby Udzielającego zamówienie , na zasadach określonych w ustawie z dnia 27.08.2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych ,w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez Udzielającego Zamówienie z NFZ.

Do formularza oferty załączam następujące dokumenty:

1.....
2.....,
3.....
4.....
5.....

Chrzanów ,dnia..... ….....
podpis oferenta