

.....
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 sposób ciągły i kompleksowy w zakresie wykonywania badań mikrobiologicznych w okresie od 01.01.2017r do 31.12.2017r.

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 drożdż. ujemny		
17	Wymaz z dróg oddechowych w kierunku grzybów drożdż. Dodatni		
	Mykologia		
1	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych ujemne		
2	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych dodatnie (identyfikacja)		
3	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych dodatnie + antybiogram		
4	Posiew w kierunku dermatofitów dodatnie (mikrohodowla)		
5	Posiew w kierunku dermatofitów ujemne		
		RAZEM	

Zakres krazków 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 w budynku MPR-S nr 1 w Chrzanowie ul.Sokoła19 II piętro codziennie od poniedziałku do piątku oraz zapewniam odbiór materiału w dni i godziny :
poniedziałek 10.00-13.00**

wtorek 10.00-13.00
środa 15.00-18.00
czwartek 10.00-13.00
piątek 10.00-13.00

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 2016 poz.1638/

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