**Formularz ofertowy na udzielanie świadczeń medycznych polegających na przeprowadzaniu badań obrazowych rentgenowskich na potrzeby medycyny pracy funkcjonariuszy i pracowników cywilnych SW Aresztu Śledczego w Hajnówce**

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

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

(nazwa firmy, adres)

NIP:……………………………………………………. REGON:…………………………… KRS:…………………………………………

Telefon kontaktowy:…………………………………………….. email:…………………………………………………………………

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z wymaganiami Zamawiającego opisanymi w zapytaniu ofertowym za wynagrodzeniem:

|  |  |
| --- | --- |
| **Rodzaj badania** | **Cena jednostkowa brutto [zł]** |
| Badanie obrazowe RTG |  |
| RAZEM BRUTTO |  |

**Usługa realizowana będzie w Pracowni RTG Zleceniodawcy, znajdującej się na terenie Aresztu Śledczego w Hajnówce, ul. Warszawska 67, 17-200 Hajnówka.**

**Uwaga:**

1. Powyższy wykaz służy jedynie do oceny oferty i wyboru oferty najkorzystniejszej.

Decyzja o wykonaniu badania obrazowego RTG należy każdorazowo do lekarza medycyny pracy. W związku z powyższym, brak jest możliwości przewidzenia konkretnej ilości badań w trakcie trwania umowy.

**Warunki wykonywania:**

1. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz uprawnienia do wykonywania określonej działalności lub czynności objętych niniejszym zamówieniem, jeżeli przepisy prawa nakładają obowiązek ich posiadania.
2. Dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do wykonania niniejszego zamówienia.

3. Znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie niniejszego zamówienia.

4 . Oświadczam, że posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług zgodnie z wymogami NFZ i przepisami szczegółowymi oraz obowiązującymi przepisami. Oświadczam , że dysponuje aktualnym orzeczeniem lekarskim o zdolności do świadczenia usług.

5. Posiadam ubezpieczanie odpowiedzialności cywilnej w zakresie usług będących przedmiotem niniejszej umowy, a zawarta przez niego umowa ubezpieczenia odpowiada wymogom określonym w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. z 2019 r. poz. 866 z późn. zm.). Zobowiązuje się do posiadania aktualnej polisy OC przez cały okres obowiązywania umowy.

6. Na każde żądanie Zamawiającego dostarczę niezwłocznie odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość każdej z kwestii zawartych w oświadczeniu. Wszystkie informacje, dokumenty oraz oświadczenia są zgodne z prawdą.

Oświadczam, że nie zachodzą w stosunku do mnie przesłanki wykluczenia z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. *o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego.*

...................................................................... dnia ............................ ..................……......................................................

*(miejscowość) (data)* *(imienna pieczęć i podpis wykonawcy)*