Znak sprawy: KJ.272/K/5/2024 Załącznik nr 2

……………………………………………

*Pieczęć firmowa Oferenta*

*Miejscowość …………….............…. dnia ………………*

**FORMULARZ OFERTOWY**

Oferta

dla Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Chirurgii Urazowej   
im. dr. Janusza Daaba w Piekarach Śląskich,  
ul. Bytomska 62, 41 – 940 Piekary Śląskie

**I. DANE OFERENTA:**

Nazwa Oferenta ……….

Siedziba Oferenta ……….

NIP Regon ……….

Tel. E-mail: ……….

www: ………………………………………………………………………………………...

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

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

**II. TERMIN REALIZACJI:**

Realizacja w okresie 36 miesięcy od daty podpisania umowy.

**III. CENA:**

W nawiązaniu do ogłoszenia o konkursie oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia   
na warunkach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu KJ.272/K/5/2024  
na zabezpieczenie świadczenia usług zdrowotnych w zakresie wykonywania laboratoryjnych badań diagnostycznychza cenę łączną (zgodnie z sumą z załącznika nr 1 do SWK):

…........................................… (słownie) ….  
w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż przyjmuję do wiadomości, że cena brutto oferty stanowi wartość pomocniczą do porównania ofert, maksymalną wartość umowy określa Zamawiający w treści umowy, ceny jednostkowe przyjęte do wyliczenia ceny brutto oferty stanowią podstawę rozliczeń między Stronami.

**IV. JAKOŚĆ:**

Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe (diagnosta laboratoryjny / technik analityki medycznej) | Posiadane specjalizacje | Doświadczenie  kliniczne  – ilość lat pracy  w zakresie objętym przedmiotem zamówienia |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |
| 6. |  |  |  |  |
| 7. |  |  |  |  |
| 8. |  |  |  |  |
| 9. |  |  |  |  |
| 10. |  |  |  |  |
| ... |  |  |  |  |

Minimalna wymagana liczba osób udzielających świadczenie zdrowotne: **10 osób**.

Liczba specjalistów wykonujących badania powierzone przez Udzielającego Zamówienia: **………. osób**

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium jakość:

Liczba specjalistów z poszczególnych dziedzin właściwych dla diagnostyki laboratoryjnejwykonujących badania na rzecz Udzielającego Zamówienia zatrudnionych w laboratorium Przyjmującego Zamówienie wskazanym w załączniku nr 2 wg wzoru:

P k2 = (J bad /J max) x 100 x 10%, gdzie:

J bad – liczba specjalistów z badanej oferty

J max – największa liczba specjalistów spośród wszystkich złożonych ofert

100 – stały współczynnik

P k2 – liczba punktów za kryterium jakość

**V. KOMPLEKSOWOŚĆ – udział Podwykonawców:**

Udzielający Zamówienia wymaga, aby co najmniej 95% zleconych badań było wykonywanych w miejscu świadczenia usługi przez Przyjmującego Zamówienie wskazanym w załączniku nr 2 przez Przyjmującego Zamówienie (bez udziału Podwykonawców).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Podwykonawstwo** | **Należy postawić znak X  w odpowiedniej rubryce.** | **Jeżeli tak, należy podać liczbę badań z udziałem Podwykonawców.** |
| Wykonawca nie będzie  korzystał z udziału Podwykonawców. |  | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Wykonawca będzie  korzystał z udziału Podwykonawców. |  | …………………. badań ze 175 badań, zgodnie z tabelą z Zał. nr 1 do SWK |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium kompleksowość:

* = 99 % i więcej wszystkich wymaganych badań wykonywanych bez udziału Podwykonawców – 100 pkt.
* = 98 – < 99 % wszystkich wymaganych badań wykonywanych bez udziału Podwykonawców – 75 pkt.
* = 97 – < 98 % wszystkich wymaganych badań wykonywanych bez udziału Podwykonawców – 50 pkt.
* = 96 – < 97 % wszystkich wymaganych badań wykonywanych bez udziału Podwykonawców – 25 pkt.
* = 95 % – < 96 wszystkich wymaganych badań wykonywanych bez udziału Podwykonawców – 0 pkt.

**VI. DOSTĘPNOŚĆ – godziny dostępności świadczonej usługi**

**oraz**

**CIĄGŁOŚĆ – liczba dni świadczenia usługi**

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dni udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych**  **od – do** | **Liczba godzin dostępności** |
| Poniedziałek |  |  |
| Wtorek |  |  |
| Środa |  |  |
| Czwartek |  |  |
| Piątek |  |  |
| Sobota |  |  |
| Niedziela |  |  |

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium nr dostępność:

* Największa liczba godzin dostępności największa spośród badanych ofert – 100 pkt.
* Mniejsza dostępność niż ustalona jako największa spośród złożonych ofert – 0 pkt.

W przypadku równej liczby godzin każda z ofert otrzyma 100 pkt.

Sposób obliczania liczby punktów badanej oferty za kryterium nr ciągłość:

* Świadczenie usług przez 7 dni w tygodniu – 100 pkt.
* Świadczenie usług przez 6 dni w tygodniu – 50 pkt.
* Świadczenie usług w ilości mniejszej niż przez 6 dni w tygodniu – 0 pkt

**VII. DANE UZUPEŁNIAJĄCE:**

1. Sposób przyjmowania zgłoszeń: ……………………………………………………………..

2. Harmonogram odbioru badań z siedziby Udzielającego Zamówienia:

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

3. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz nr telefonu kontaktowego:

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

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

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

4. Bezpośredni kontakt telefoniczny do przekazywania informacji i konsultacji diagnostycznych i mikrobiologicznych w sprawie przedmiotu zamówienia:

- hematologia: ………………………………………………………………………………………………………………….

- biochemia: ……………………………………………………………………………………………………………………..

- immunochemia: …………………………………………………………………………………………………………....

- mikrobiologia: …………………….…………………………………………………………………………………………

5. Lista osób – kurierów odbierających materiał do badań wraz z aktualnymi numerami telefonu kontaktowego:

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

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

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

6. Wykaz co najmniej 5 umów realizowanych aktualnie w publicznych zakładach opieki zdrowotnej:

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

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

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

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

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

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

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

**IX. WYKAZ DOKUMENTÓW ZAŁĄCZONYCH DO OFERTY:**

Należy sporządzić spis treści oferty wraz z załącznikami:

1.

2.

3.

...

……………………………………………………

Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego Zamówienie