

(pieczęć oferenta)	<b>OFERTA</b>
--------------------	---------------

**Polkowskie Centrum Usług  
Zdrowotnych ZOZ S.A.  
ul K.B. Kominka 7  
59-101 Polkowice**

Nawiązując do konkursu ofert w postępowaniu na „Wykonanie świadczeń zdrowotnych w zakresie sukcesywnego świadczenia usług protetyki stomatologicznej na potrzeby Polkowskiego Centrum Usług Zdrowotnych – ZOZ S.A. w Polkowicach”, DZP-18/2024:

**I. DANE OFERENTA:**

Nazwa podmiotu/świadczeniodawcy wykonującego działalność leczniczą:

.....  
.....

Adres zamieszkania: .....

Numer NIP ....., REGON .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art. 100 i 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej ....., prowadzonym przez:

..... - (jeżeli dotyczy)

Numer wpisu do właściwego rejestru KRS ....., prowadzonego przez:  
..... - (jeżeli dotyczy)

Wpis do Centrali Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej tak / nie <sup>1)</sup>

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu .....

tel. stacjonarny ....., tel. komórkowy .....

Uwaga:

w przypadku spółki cywilnej należy podać numery dla każdego ze współników. Do oferty należy dołączyć kopie dokumentów dla każdego współnika.

**II. OŚWIADCZENIA OFERENTA:**

1. Składam niniejszą ofertą na Usługi protetyki stomatologicznej niezwiązane z pracami podwykonawczymi do umowy NFZ

2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie tj. "**Szczegółowymi warunkami konkursu ofert**" oraz projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.

3. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz dysponuję osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w odpowiedniej liczbie i o odpowiednich kwalifikacjach.

4. Oświadczam, że posiadam uprawnienia do wykonywania przedmiotu umowy lub czynności, jeżeli przepisy nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.

5. Oświadczam, że spełniam wymogi określone w art. 26 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.).

6. Oświadczam, że prace protetyczne wykonywane będą w jednostkach organizacyjnych Wykonawcy - Oferenta tj.

.....  
(podać adres)

a pomieszczenia i urządzenia spełniają wymagania techniczne dla tego typu pomieszczeń.

7. Świadczenia będą wykonywał/a osobiście, dodatkowo dysponuję nw. osobami:

.....  
.....  
(imię i nazwisko, kwalifikacje)

Osoby ww. posiadają odpowiednie kwalifikacje zawodowe do świadczenia usług w zakresie przedmiotowego konkursu tj. posiadają minimum wykształcenie techniczne dentystyczne.

8. Udzielam gwarancji na wykonane prace protetyczne ..... miesięcy (min. 12 m-cy).

9. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i miejscu wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.

10. Oświadczam, że wykonam prace protetyczne **określone szczegółowo w kosztorysie ofertowym po cenach jednostkowych w nim określonych (poz. IV niniejszego formularza - OFERTA)**.

11. Oświadczam, że koszty transportu tj. odbioru i zwrotu prac uwzględniono w cenach jednostkowych poszczególnych prac.

12. Oświadczam, że jestem ubezpieczony za szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych, zgodnie z art. 25 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15.04.2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.) w wysokości określonej w:

- Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. poz. 866 z późn. zmianami), oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia lub Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej świadczeniodawcy niebędącego podmiotem wykonującym działalność leczniczą, udzielającego świadczeń opieki zdrowotnej (Dz. U. Nr 293, poz. 1728), oraz, że ubezpieczenie to będzie kontynuowane przez cały okres realizacji zamówienia.

### III. ZOBOWIĄZANIA DOTYCZĄCE REALIZACJI ZAMÓWIENIA:

- 1) zobowiązuję się do odbierania własnym transportem wycisków oraz do dostarczania gotowych protez w miarę potrzeb, na swój koszt i ryzyko, w ciągu 7 dni roboczych od daty otrzymania zlecenia. W przypadku wskazania przez Udzielającego Zamówienia, zamówienia jako „pilne”, termin realizacji wynosi 2 dni robocze.
- 2) zobowiązuję się do dostarczania gotowych prac protetycznych do gabinetu stomatologicznego Udzielającego Zamówienia w czasie:
  - a) w przypadku „drobnych” prac typu naprawa, dostawienie zęba, korony, wkładów itp. maksymalny czas realizacji pracy wynosi 3 dni od daty odebrania materiału,
  - b) w przypadku prac złożonych wymagających kilkakrotnych wizyt czas na wykonanie pracy nie przekroczy 3 tygodni od daty odebrania materiału, chyba że Strony ustalą inny czas ich wykonania.

### IV. WYNAGRODZENIE:

1. Wynagrodzenie z tytułu wykonania prac protetycznych wynosi:

#### Usługi protetyki stomatologicznej niezwiązane z pracami podwykonawczymi do umowy NFZ:

..... zł. brutto (słownie: .....), zgodnie z poniższym kosztorysem ofertowym:

Lp.	Rodzaj świadczenia	Ilość szacunkowa na 15 miesięcy (szt.)	Cena Jednostkowa netto (zł)	Cena jednostkowa brutto (zł)	Wartość netto (zł)	Wartość brutto (zł)
1.	Proteza akryl całkowita (9-14 pkt)	60				
2.	Proteza akryl częściowa (5-8 pkt)	60				
3	Proteza całkowita na płycie lanej	10				
4	Mikroproteza (1-3pkt)	10				
5	Proteza na lokatorach	10				
6	Naprawa Protezy	30				
7	Podścielenie	10				
8	Każdy dodatkowy pkt.	40				
9	Proteza szkieletowa	20				
10	Proteza szkieletowa z kłamrą ciągłą	10				
11	Proteza szkieletowa wykończona thermosens	10				
12	Proteza thermosens	50				
13	Proteza thermosens klips	10				
14.	Wkład koronowo-	20				

	korzeniowy					
15	Korona akrylowa tymczasowa	20				
16	Korona akrylowa docelowa	20				
17.	Korona metalowa licowana kompozytem	20				
18	Korona metalowa licowana porcelaną	20				
19.	Most adhezyjny metalowy licowany porcelaną	20				
20	Korona cyrkonowa	30				
21	Korona e-max	20				
22	Inlay olany kompozytowy	20				
23	Inlay olany e-max	20				
24	Zęby VITA kompozytowe	20				
25	Zęby VITA akrylowe	20				
26	Szyna relaksacyjna miękka/twarda 1-1,5 mm	40				
27	Szyna relaksacyjna miękka/twarda 2-3 mm	40				
28	Szyna z zębem	10				
29	Szyna z zębem-kolejny ząb	20				
30	Acron (od 5 pkt.)	70				
31	Acron micro (4 i mniej)	30				
33	Dotrysk klamry lub zęba	20				
34	Kolejny pkt.	20				
35	Klamra kosmetyczna, elastyczna w kolorze dziąsła	20				
36	Szyna do wybielania	30				
37	Szyna relaksacyjna twardo-miękka, wykończona girlandą szyjkową	30				
38	Szyna relaksacyjna twarda	30				

#### V. WYMAGANE DOKUMENTY I ICH FORMA:

- a) kopia aktualnego odpisu z właściwego rejestru sądowego lub CEIDG, jeżeli odrębne przepisy wymagają wpisu do rejestru sądowego lub CEIDG,
- b) kopia wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w art.100 i 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej – *jeżeli dotyczy*,
- c) kopie dokumentów potwierdzające kwalifikacje do wykonywania działalności leczniczej wymienionej w OFERCIE – pkt II ust. 7 oferty (zaświadczenia, dyplomy, certyfikaty, specjalizacje, kursy, inne),
- d) kopia polisy ubezpieczeniowej,

e) ewentualne pełnomocnictwo do reprezentowania Oferenta w postępowaniu o udzielenie zamówienia albo reprezentowania Oferenta w postępowaniu i zawarciu umowy o udzielenie zamówienia – ( w formie oryginału lub kopii poświadczonej notarialnie).

**VII. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY - wymieniść:**

- .....
- .....
- .....

..... dnia .....

.....  
(*podpis osoby uprawnionej do podpisania oferty*)

*\* należy wypełnić tą część/ te części na które Oferent składa ofertę.*

