

.....  
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
	<b>Badanie kału</b>		
1	Na nosicielstwo do książeczki zdrowia( 3 krotnie)		
2	1 krotne badanie w kierunku Salmonella ,Shigella		
3	Badanie kału u dzieci do dwóch lat (w kierunku Salmonella ,Shigelia)		
4	Badanie kału u dorosłych i dzieci powyżej dwóch lat (w kierunku Salmonella ,Shigella)		
5	Kał na pasożyty ( badanie kału)		
6	Kał na pasożyty ( wymaz + badanie kału)		
7	Rotawirusy adenowirusy w kale		
8	Wymaz okołoodbytniczy		
9	Giardia Lamblia -test Elisa		
	<b>Bakteriologia</b>		
	Wymaz z gardła		

	Wymaz z ucha		
	Wymaz z nosa		
	Wymaz z pochwy		
	Wymaz z kanału szyjki macicy		
	Wymaz z cewki moczowej		
	Wymaz z rany		
	Wymaz z owrzodzenia		
	Ropa -posiew		
	Punktat -posiew		
	Wymaz z worka spojówkowego		
	Posiew z moczu		
	Wymaz w kierunku Pneumocystis		
	Antybiogram za 1 mikroorganizm		
	Czystość pochwy		
	Wymaz z dróg oddechowych w kierunku grzybów drożdż. ujemny		
	Wymaz z dróg oddechowych w kierunku grzybów drożdż. Dodatni		
	<b>Mykologia</b>		
	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych ujemne		
	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych dodatnie ( identyfikacja )		
	Posiew w kierunku grzybów drożdżopodobnych dodatnie + antybiogram		
	Posiew w kierunku dermatofitów dodatnie ( mikrohodowla )		
	Posiew w kierunku dermatofitów ujemne		
		RAZEM	

Zakres krazków uzywanych do antybiogramów obejmuje : .....

.....

**Całkowita wartość oferty wyniesie.....zł**

( 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 2011 nr 112 poz. 654 z późn.zm

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