DZP/381/37/AAD/2016

Załącznik nr 1 ..........................................................

pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO im. Prof. K. Gibińskiego**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Osoba do kontaktów .......................................................................................................

Ubiegając się o wykonywanie czynności związanych ze śmiercią pacjenta polegających na:

- przechowywaniu zwłok osoby zmarłej w chłodni nie dłużej niż 72 godziny

- przechowywaniu zwłok osoby zmarłej w chłodni dłużej niż 72 godziny

- umycie, ubranie i wydanie zwłok osoby zmarłej

- przechowywanie dzieci martwo urodzonych

- przeprowadzanie sekcji zwłok na wniosek Zamawiającego

- pobranie ,materiału i wykonanie badań histopatologicznych (dotyczy zwłok osób zmarłych)

oferujemy realizację w/w czynności za następującą cenę:

cenę netto ......................................................... zł   
 podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

**Cena brutto: ........................... zł**  
(słownie:.......................................................................................................................)

Powyższa cena zawiera wszystkie koszty realizacji zamówienia.

Termin realizacji zamówienia **:** 36 miesięcy począwszy od dnia 30.10.2016r.

Oświadczamy, że:

- spełniamy wszystkie wymogi określone w Zaproszeniu do składania ofert, a w razie żądania Zamawiającego, jesteśmy w stanie przedstawić dokumenty potwierdzające oświadczenia.

- zawarta w Zaproszeniu treść projektu umowy wraz z załącznikiem została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

W/w cena wynika z następującego wyliczenia:

DZP/381/37/AAD/2016

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Przedmiot zamówienia** | **Ilość usług w okresie trwania umowy \*** | **Cena jedn.**  **netto**  **za usługę** | **Wartość netto**  kol.3 x kol.4 | **Podatek VAT** | **Wartość brutto**  kol.5+VAT |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | Przechowywanie zwłok osoby zmarłej w chłodni nie dłużej niż 72 godzin (przy założeniu liczby osób zmarłych wynoszącej 1300 osób) \*\* | 3900 dób |  |  |  |  |
| **2** | Przechowywanie zwłok osoby zmarłej w chłodni dłużej niż 72 godzin | 50 dób |  |  |  |  |
| **3** | Umycie, ubranie i wydanie osobie uprawnionej do ich pochowania zwłok osoby zmarłej w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej | 1300 osób |  |  |  |  |
| **4** | Przechowywanie dzieci martwo urodzonych do 14 dni | 50 osób |  |  |  |  |
| **5** | Przeprowadzenie sekcji zwłok wraz z udostępnieniem pomieszczeń, urządzeń oraz pomocy fachowej do przeprowadzenia sekcji zwłok | 300 osób |  |  |  |  |
| **6** | Pobranie materiału i wykonanie badań histopatologicznych | 2000 wycinków |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM WARTOŚĆ:** | | | |  |  |  |

\* podane ilości usług są wartościami szacunkowymi, rzeczywista ilość uzależniona będzie od zdarzeń losowych.

\*\* W przypadku gdy upływ terminu przypada na dni wolne od pracy przyjmuje się, że termin upływa w następujący po dniu wolnym od pracy dzień roboczy, w takim przypadku Zamawiający nie ponosi jednak kosztów przechowywania zwłok osoby zmarłej w dni wolne od pracy.

…………………………………………….

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/*

*osób uprawnionych*

*do reprezentowania wykonawcy*

D/ZP/381/ 37/AAD/2016

Załącznik nr 2

**OŚWIADCZENIA WYKONAWCY**

Oświadczam, że spełniam wszystkie wymogi określone w Zaproszeniu do składania ofert, a w razie żądania Zamawiającego, jestem w stanie przedstawić dokumenty potwierdzające że:

1.Pomieszczenia, w których będą wykonywane czynności związane ze śmiercią pacjenta spełniają wymogi sanitarno-epidemiologiczne określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 10.04.1972 w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy w zakładach anatomii patologicznej, prosekturach oraz w pracowniach histopatologicznych i histochemicznych (Dz.U. Nr 17, poz.123)

2. Pomieszczenia, w których będą wykonywane sekcje zwłok są pomieszczeniami zoz lub placówkami dydaktycznymi o statusie szkoły wyższej \*

3. Pomieszczenia z których będą odbieranie zwłoki osób zmarłych są oddalone ……. km od siedziby Zamawiającego.

4. Wykonawca zatrudnia …….. lekarzy patomorfologów z co najmniej 5 letnim stażem.

5. Wykonawca posiada:

- doświadczenie w zakresie wykonywania badań histopatologicznych

- doświadczenie w wykonywaniu sekcji zwłok, w tym sekcji dydaktycznych

6.Wykonawca posiada aktualną umowę na utylizację odpadów medycznych i zobowiązuję się do jej kontynuowania przez okres obowiązywania umowy na wykonywanie czynności związanych ze śmiercią pacjenta.

7.Wykonawca posiada aktualną polisę OC w zakresie świadczonych usług będących przedmiotem umowy na wykonywanie czynności związanych ze śmiercią pacjenta i zobowiązuję się do jej kontynuowania przez okres obowiązywania umowy na wykonywanie czynności związanych ze śmiercią pacjenta.

Zawarta w Zaproszeniu treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

- Załącznikami do niniejszej oferty są *(wymienić wszystkie załączniki)* :

1. ………………………………………………………

2. ………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………

\*) *niepotrzebne skreślić*

…………………………………………….

*podpis i pieczęć osoby uprawnionej/*

*osób uprawnionych do reprezentowania wykonawcy*