DZP/381/45/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:

1. przechowywaniu zwłok osoby zmarłej w chłodni nie dłużej niż 72 godziny

2. przechowywaniu zwłok osoby zmarłej w chłodni dłużej niż 72 godziny

3. umyciu, ubraniu i wydaniu zwłok osoby zmarłej

4. przechowywaniu dzieci martwo urodzonych

5. przeprowadzaniu sekcji zwłok na wniosek Zamawiającego

6. pobraniu materiału i wykonaniu 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:.......................................................................................................................)

W/w cena wynika z następującego wyliczenia:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) \*\* | 2550 dób |  |  |  |  |
| 2 | Przechowywanie zwłok osoby zmarłej w chłodni dłużej niż 72 godzin | 30 dób |  |  |  |  |
| 3 | Umycie, ubranie i wydanie osobie uprawnionej do ich pochowania zwłok osoby zmarłej w stanie zapewniającym zachowanie godności należnej osobie zmarłej | 850 osób |  |  |  |  |
| 4 | Przechowywanie dzieci martwo urodzonych do 14 dni | 30 osób |  |  |  |  |
| 5 | Przeprowadzenie sekcji zwłok wraz z udostępnieniem pomieszczeń, urządzeń oraz pomocy fachowej do przeprowadzenia sekcji zwłok | 200 osób |  |  |  |  |
| 6 | Pobranie materiału i wykonanie badań histopatologicznych | 1300 wycinków |  |  |  |  |
| **OGÓŁEM WARTOŚĆ:** |  |  |  |

Powyższa cena zawiera wszystkie koszty realizacji zamówienia.

Termin realizacji zamówienia **:** 24 miesięcy począwszy od dnia 01.12.2016r.

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.

*\* 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/ 45/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 lokalizacji Zamawiającego – Medyków 14

 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.

8.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*