

.....  
pieczęć firmowa lub adres oferenta

KRS/CEiDG: .....

REGON: .....

NIP: .....

TEL.: .....

adres e-mail: .....  
(na który Zamawiający ma przysyłać korespondencję)

numer wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą:.....

### OFERTA CENOWA

Ja, niżej podpisana / podpisany ..... działając w imieniu i na rzecz .....

..... w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **wykonywania badań cytopatologicznych i histopatologicznych na rzecz pacjentów objętych opieką w jednostkach WOMP-ZCLiP w Szczecinie i w Stargardzie** składam niniejszą ofertę.

1. Oferuję wykonanie zamówienia w zakresie objętym Szczegółowymi Warunkami Postępowania według cen jednostkowych zawartych **w poniższej tabeli** w kwocie:

| Lp | Nazwa badania                                                                                                                     | Szacunkowa Ilość badań (średnio na 3 lata)<br>(1) | cena zł/badanie<br>(2) | WARTOŚĆ<br>kol.1 x kol.2 |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1. | Badanie histopatologiczne – 1 wycinek                                                                                             | 12 000                                            |                        |                          |
| 2. | Cytologia zwykła – 1 badanie                                                                                                      | 1 800                                             |                        |                          |
| 3. | Cytologia płynna – 1 badanie                                                                                                      | <b>350</b>                                        |                        |                          |
| 4. | IHC                                                                                                                               | 450                                               |                        |                          |
| 5. | Wymaz-genotyp - HR-HPV 14 z genotypowaniem z podziałem na grupy (typ 16, 18 oraz pozostałe dwanaście typów podzielonych na grupy) | 300                                               |                        |                          |
| 6. | <b>Łączna wartość</b>                                                                                                             | X                                                 | X                      |                          |

a) Łączna wartość brutto (poz. 6 Tabeli powyżej): ..... zł brutto (słownie:.....)

b) deklarujemy spełnienie warunków opisanych w kryterium jakości (należy zaznaczyć właściwe; brak zaznaczenia zostanie uznany za odpowiedź NIE):

• TAK

• NIE

**Kryterium jakość stanowi posiadanie przez oferenta certyfikatu zarządzania jakością ISO 9001:2015.**

2. Cena ofertowa zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia jakie można przewidzieć na etapie składania oferty.

**Składający ofertę oświadcza, że:**

- 1) zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia zwanego Szczegółowymi Warunkami Postępowania i projektu umowy;
  - 2) zobowiązuje się w przypadku wybrania jego oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej zawartych w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego. Wzór umowy stanowi załącznik do ogłoszenia o konkursie;
  - 3) uważa się za związanego niniejszą ofertą na czas wskazany w Szczegółowych Warunkach Postępowania,
  - 4) wypełnił obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskał w celu złożenia oferty w niniejszym postępowaniu konkursowym\*,
  - 5) zawarta umowa o udzielanie świadczeń w zakresie objętym Szczegółowymi Warunkami Postępowania będzie wykonywana w okresie trzech lat** liczonych od dnia **podpisania umowy**.
3. Ponadto składający ofertę oświadcza, że:
- 1) posiada tytuł prawny do pomieszczeń oraz spełnia wymogi lokalowe i sanitarne dla pomieszczeń, w których będą udzielane świadczenia w ramach zawartej umowy,
  - 2) posiada tytuł prawny do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej koniecznych do prawidłowego udzielania świadczeń, stanowiących wyposażenie pomieszczeń, o których mowa w pkt. 1,
  - 3) posiadany przez niego sprzęt do wykonywania badań patomorfologicznych spełnia wymogi zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa,
  - 4) znajduje się w sytuacji finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia,
  - 5) nie zalega w płaceniu składek na ubezpieczenie społeczne,
  - 6) nie zalega w płaceniu podatków i opłat.

4. Załącznikami do niniejszej oferty są:

- 1) ..... ,
- 2) ..... ,
- 3) ..... ,
- 4) ..... ,

Szczecin, dnia ..... 2026 r.

.....  
podpis osoby upoważnionej

1) Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa.