**OFERTA**

**dla Powiatowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**na świadczenie usług transportu i przechowywania zwłok oraz wykonywanie badań pośmiertnych oraz badań histopatologicznych**

**I. Dane Oferenta:**

Nazwa Wykonawcy: ………………………………………………………………………………………………………..

Siedziba Wykonawcy: ……………………………………………………………………………………………………..

NIP: …………………………………………. Regon: ……………………………………..

tel.: …………………………………………. fax: …………………………………………..

e-mail: ……………………………………..

Nazwa banku i nr rachunku bankowego: …………………………………………………………………………

**II. Oświadczenia Oferenta:**

W związku z ogłoszeniem przez Powiatowy Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej zaproszenia do składania ofert na świadczenie usług transportu i przechowywania zwłok oraz wykonywanie badań pośmiertnych oraz badań histopatologicznych:

1. Oferent zobowiązuje się do udzielania świadczeń będących przedmiotem zaproszenia do składania ofert na zasadach określonych w Zaproszeniu do składania ofert i załącznikach przez okres 48 miesięcy od daty zawarcia umowy, o której mowa w pkt 5. poniżej.
2. Oferent oświadcza, że zapoznał się z treścią Zaproszenia do składania ofert oraz, że przyjmuje je bez zastrzeżeń i nie zgłasza w tym zakresie żadnych uwag.
3. Oferent oświadcza, że uzyskał wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty.
4. Składając niniejszą ofertę Oferent zobowiązuje się zrealizować przedmiot zamówienia w pełnym zakresie opisanym Zaproszeniu do składania ofert i załącznikach.
5. Oferent oświadcza, że zawarty w załączniku nr 2 do Zaproszenia do składania ofert projekt wzór umowy został przez Oferenta zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru niniejszej oferty do zawarcia i realizacji umowy na takich warunkach.

**III. Oferta cenowa**

Oferujemy wykonanie świadczeń usług transportu i przechowywania zwłok oraz wykonywanie badań pośmiertnych oraz badań histopatologicznych za następującym wynagrodzeniem za świadczenie poszczególnych usług:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi** | **Cena brutto za jednokrotne wykonanie usługi** |
| 1. | Przewóz zwłok (obejmujący także koszty kapsuły, pokrowca, worka na zwłoki) z placówek Zamawiającego mieszczących się w Będzinie (ul. Małachowskiego 12) lub w Czeladzi (ul. Szpitalna 40) do prosektorium Wykonawcy, o którym mowa w § 1 ust. 1 lit. a) Umowy. |  |
| 2. | Przechowanie zwłok w chłodni – za każdą rozpoczętą dobę przechowywania. |  |
| 3. | Wykonanie badań pośmiertnych (sekcja zwłok). |  |
| 4. | Wykonanie badania histopatologicznego. |  |
| 5. | Przygotowanie zwłok do wydania oraz ich wydanie osobie lub instytucji uprawnionej do ich pochowania. |  |

**IV. Oświadczenia dotyczące warunków udziału w postępowaniu:**

1. Oferent oświadcza, że posiada doświadczenie w zakresie transportu zwłok świadczonego przez okres minimum 12 miesięcy na zlecenie podmiotu leczniczego:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu leczniczego** | **Okres świadczenia usług transportu zwłok** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oferent oświadcza, że dysponuje pomieszczeniami do przechowywania zwłok, w których ilość stałych stanowisk (tace) do przechowywania zwłok jest nie mniejsza niż 10, a pomieszczenia te znajdują się w odległości nie większej niż 10 km od siedziby PZZOZ (Czeladź ul. Szpitalna 40).
2. Oferent oświadcza, że dysponuje następującymi środkami transportu przystosowanymi do transportu zwłok, spełniającymi wszystkie wymogi wynikające z obowiązujących przepisów:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Środek transportu – marka** | **Środek transportu - model** |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Oferent oświadcza, że dysponuje niezbędną ilością osób, które będą realizować zlecane usługi, a w szczególności dysponuje personelem mogącym wykonać badania pośmiertne oraz histopatologiczne posiadającym odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia.

………………………………………………………

Data i podpis osoby uprawnionej/osób

uprawnionych do reprezentowania Oferenta