

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

O F E R T A

Postępowanie nr I/Patomorf/2026 na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki patomorfologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

Oferent:

.....

(pełna nazwa Oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....

.....

(cd. pełna nazwa Oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....

(data, podpis i pieczęć Składającego ofertę)

Załącznik nr 2 do SWKO - Wzór spisu treści

Postępowanie nr I/Patomorf/2026 na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki patomorfologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

.....

(cd. przedmiotu postępowania oferty)

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1.	.....	.....
2.	.....	.....
3.	.....	.....
4.	.....	.....
5.	.....	.....
6.	.....	.....
7.	.....	.....
8.	.....	.....
9.	.....	.....
10.	.....	.....

.....

(data, podpis i pieczęć Składającego ofertę)

Załącznik nr 3 do SWKO - Wzór formularza oferty

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki patomorfologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie - Postępowanie nr I/Patomorf/2026:

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w szczegółowych warunków konkursu.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w szczegółowych warunkach konkursu i w terminach uzgodnionych z Zamawiającym.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Zamawiającego).
6. Oświadczam, że:
 - a) zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b) otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c) akceptuję projekt umowy, w tym w szczególności kary umowne i warunki zapłaty za wykonanie przedmiotu zamówienia.
 - d) wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

.....

(data, podpis i pieczęć Składającego ofertę)

Załącznik nr 4 SWKO - Wzór oferty cenowej

Postępowanie nr I/Patomorf/2026 na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu diagnostyki patomorfologicznej w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

Oferta cenowa

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 w Warszawa polegających na realizacji świadczeń diagnostyki patomorfologicznej:

Cz. I. Oferta wykonywania badań patomorfologicznych - jednostki rozliczeniowe GRUPA 1-GRUPA 14 (definicje jednostek rozliczeniowych zawarto w pkt. 17 Istotnych Warunków Umowy).

Grupa rozliczeniowa zgodnie z pkt. 17 Istotnych Warunków Umowy	Proponowana cena jednostki rozliczeniowej	Czas oczekiwania na wydanie wyniku badania licząc od dnia otrzymania zlecenia na wykonanie badania w systemie teleinformatycznym
GRUPA 1		
GRUPA 2A		
GRUPA 2B		
GRUPA 2C		
GRUPA 2D		
GRUPA 2E		
GRUPA 2F		
GRUPA 2G		
GRUPA 3		
GRUPA 4		
GRUPA 5		
GRUPA 6		

GRUPA 7		
GRUPA 8		
GRUPA 9		
GRUPA 10		
GRUPA 11*		
GRUPA 12		
GRUPA 13		
GRUPA 14		

* w przypadku badania introwego należy podać wyrażony w minutach czas, w jakim Wykonawca deklaruje wydanie wyniku badania licząc od godziny wydania przez pracownika Zlecającego w siedzibie Zlecającego materiału operacyjnego do badania śródoperacyjnego.

Cz. II. Oferta wykonywania badań dodatkowych w ramach ustalonych jednostek rozliczeniowych (GRUPA 15)

Lp.	Rodzaj badania	Jednostka rozliczeniowa - (proszę wskazać właściwą jednostkę zgodnie z pkt. 17 Istotnych Warunków Umowy)	Czas oczekiwania na wydanie wyniku badania licząc od dnia otrzymania zlecenia na wykonanie badania w systemie teleinformatycznym
1	POLE	GRUPA 15	
2	MSI-H testem PCR	GRUPA 15	
3	TP53 metodą NGS	GRUPA 15	
4	Mutacje BRCA1, BRCA2 - sekwencjonowanie NGS	GRUPA 15	
5			

Cz. III. Struktura organizacyjna Oferenta.

A) Proszę wskazać strukturę organizacyjną Oferenta i podwykonawców, za pomocą której Oferent będzie realizować poszczególne świadczenia dla Zamawiającego:

	Proszę podać nazwę podmiotu, prowadzącego daną pracownię, który będzie wykonywać wymienione świadczenia	Proszę podać liczbę lekarzy uprawnionych do wykonywania badań patomorfologicznych zatrudnionych we wskazanych komórkach	Proszę podać adres wskazanej pracowni lub zakładu
wykonywanie badań histologicznych			
wykonywanie badań immunohistochemicznych lub immunocytochemicznych			
wykonywanie badań cytologicznych innych niż ginekologiczne			
wykonywanie badań cytologii szyjki macicy			
wykonywanie badań śródoperacyjnych			

wykonywanie sekcji zwłok			
-----------------------------	--	--	--

B) Proszę podać lokalizację (adres) pracowni histopatologii, w której Oferent będzie realizować badania śródoperacyjne zlecone przez Szpital Praski Sp. z o.o. (w przypadku, gdy Oferent składa ofertę polegającą na realizacji tej części świadczeń w siedzibie Szpitala Praskiego przez oddelegowany personel, w tym co najmniej lekarza patomorfologa, wraz z niezbędną infrastrukturą proszę wpisać "Szpital Praski"):

Nazwa pracowni	Dokładny adres wraz nazwą ulicy i numerem

Cz. IV. Wskaźniki jakości udzielanych świadczeń.

A) Doświadczenie Oferenta - proszę podać liczbę wykonanych w roku 2025 badań patomorfologicznych poszczególnych typów przez komórki, które wskazano w części III (w pkt. 1-4 należy podać dane odnoszące się wyłącznie do komórek znajdujących się w lokalizacji określonej w części III; w pkt. 5 i 6 - zgodnie z opisem, przy czym pod pojęciem lokalizacji należy rozumieć budynek lub zespół budynków oznaczonych tym samym adresem albo oznaczonych innymi adresami, ale położonych obok siebie i tworzących funkcjonalną całość, w których zlokalizowane jest miejsce udzielania świadczeń):

Lp.	Rodzaj badania	Liczba wykonanych badań w 2025 roku
1	badania cytologiczne z wyłączeniem cytologii szyjki macicy	
2	badania cytologii szyjki macicy	
3	badania histopatologiczne	

4	badania immunohistochemiczne lub immunocytochemiczne	
5	badania śródoperacyjne wykonane w lokalizacji operatora	
6	badania śródoperacyjne wykonane w pracowni znajdującej się w lokalizacji innej niż miejsce operacji	

B) Posiadane certyfikaty jakości; proszę wymienić certyfikaty Polskiego Towarzystwa Patologów, Centrum Monitorowania Jakości lub innych instytucji dotyczące zakładu patomorfologii

Lp	nazwa certyfikatu i organu przyznającego	data otrzymania	data upływu ważności certyfikatu
1			
2			
3			
4			
5			
6			

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany..... oświadczam, że niżej określone dokumenty znajdują się u Zamawiającego:

**niepotrzebne skreślić*

1. kopia z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej lub kopii zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą wydanego przez Okręgową Izbę Lekarską,
2. wydruk z właściwego rejestru (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej lub Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego),
3. kopia decyzji o nadaniu NIP,
4. kopia lub odpis prawa wykonywania zawodu lekarza,
5. kopia dyplomu lekarza,
6. kopia dyplomu specjalizacji/kopia karty szkolenia specjalizacyjnego w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji,
7. kopia polisy OC obowiązującej w momencie składania ofert, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011 roku w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

.....

(data, podpis i pieczęć Składającego

ofertę)

