

FORMULARZ OFERTY	
Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr KO 25/2025 NA USŁUGI ŚWIADCZONE PRZEZ LABORATORIA MEDYCZNE OKREŚLONE KODEM CPV 85145000-7	
DANE OFERENTA:	
Nazwa	
Adres	
Adres do korespondencji	
Telefon	
E-mail	
nr NIP	
nr REGON	
nr KRS lub CEIDG**	
Nr księgi rejestrowej (Rejestr Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)	
Nazwa banku i nr konta bankowego	
Osoba do kontaktu w sprawie niniejszego konkursu ofert (nazwisko, imię, adres e-mail, nr telefonu)	
Dane personelu medycznego - PAKIET NR 1 (§ 1 ust. 2 wzoru umowy)***	
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr
LEKARZ SPECJALISTA PATOMORFOLOGII, imię i nazwisko:	PWZ nr

DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ GENETYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko:	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ GENETYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko:	PWZDL nr
Dane personelu medycznego - PAKIET NR 2 (§ 1 ust. 2 wzoru umowy)***	
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ DIAGNOSTYKI MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ HEMATOLOGII MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ HEMATOLOGII MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ MIKROBIOLOGII MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr
DIAGNOSTA SPECJALISTA LABORATORYJNEJ MIKROBIOLOGII MEDYCZNEJ, imię i nazwisko	PWZDL nr

Załączniki - PAKIET NR 1	
Certyfikat akredytacji Centrum Monitorowania Jakości dla jednostek diagnostyki patomorfologicznej	ZAŁĄCZAM/NIE ZAŁĄCZAM*
Załączniki - PAKIET NR 2	
Świadectwo pozytywnej zewnętrznej oceny jakości wyników badań laboratoryjnych wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Laboratoryjnej	ZAŁĄCZAM/NIE ZAŁĄCZAM*
Świadectwo pozytywnej zewnętrznej oceny jakości wyników badań mikrobiologicznych wydane przez Centralny Ośrodek Badań Jakości w Diagnostyce Mikrobiologicznej	ZAŁĄCZAM/NIE ZAŁĄCZAM*
Wykaz podwykonawców - PAKIET NR 1 (pkt III, pp. 23 SWKO)	
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Wykaz podwykonawców - PAKIET NR 2 (pkt III, pp. 23 SWKO)	
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):

Nazwa:	Numer księgi rejestrowej (RPWDL):
* - niepotrzebne skreślić ** - wymagane załączenie wydruku z rejestru *** - wymagane załączenie kserokopii dokumentów potwierdzających nabycie kwalifikacji zawodowych	
Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez Udzielającego zamówienie danych osobowych zawartych w złożonej ofercie (we wszystkich dokumentach ofertowych) w celu przeprowadzenia postępowania o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz przyjmuję do wiadomości, że Zamawiający będzie ich administratorem, a dane będą przetwarzane zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych w celu i zakresie niezbędnym do przeprowadzenia niniejszego postępowania konkursowego, a w przypadku wyboru złożonej przez reprezentowany przeze mnie podmiot - w celu zawarcia umowy. Jednocześnie oświadczam, iż zapoznałem wszystkie osoby, których dane zostały udostępnione w dokumentach ofertowych, z załącznikiem nr 5 do SWKO - klauzulą informacyjną o przetwarzaniu danych osobowych - informacją dla biorących udział w postępowaniu o udzielenie zamówienia na świadczenie zdrowotne.	
	data i podpis Oferenta/osoby upoważnionej przez Oferenta

✓

