*Załącznik nr 1 do ZO-40/19/BD.*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**dot. wyłonienia realizatorów do przygotowania zestawów przypadków klinicznych w ramach zadania „Dobrowolna certyfikacja kolposkopistów realizujących Program profilaktyki raka szyjki macicy” w Zakładzie Profilaktyki Nowotworów/ Centralnym Ośrodku Koordynującym.**

1. **Ofertę SKŁADA**:

|  |  |
| --- | --- |
| Nazwa Wykonawcy |  |
| wpisany do: | Rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy ……………………...…………….. pod nr KRS .....................  ***miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego*:**  **..................................................................................................**  lub do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej .................................................................  ***miejsce pobrania/uzyskania ww. dokumentu bezpośrednio za pomocą bezpłatnej krajowej bazy danych lub wykorzystania dokumentu złożonego do innego postępowania prowadzonego przez Zamawiającego*:**  **..............................................................................................** |
| NIP |  |
| REGON |  |
| Adres: |  |
| Telefon: |  |
| Fax: |  |
| e-mail: |  |
| Osoba do kontaktów: e-mail, telefon |  |

**II. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY:**

1. Oświadczam/y, że uzyskaliśmy wszelkie niezbędne informacje do przygotowania oferty.
2. Oświadczam/y, że dysponujemy potencjałem technicznym, organizacyjnym i kadrowym, odpowiednim do realizacji zamówienia oraz spełniamy wszystkie wymagania prawne niezbędne do prowadzenia działalności będącej przedmiotem zamówienia.
3. Oświadczam/y, że zapoznaliśmy się z zapytaniem ofertowym i nie wnosimy do niego zastrzeżeń, akceptując wszystkie postanowienia w nim zawarte oraz uzyskaliśmy konieczne informacje i wyjaśnienia do przygotowania oferty.
4. Wszystkie dane zawarte w treści formularza ofertowego są zgodne z prawdą i aktualne w chwili jego złożenia.

5. Oświadczam/y, że dysponujemy pełnią praw autorskich do swobodnego dysponowania zgłoszonym zestawem przypadku klinicznego (opisem klinicznym, dokumentacją kolpofotograficzną oraz pytaniem testowym).

**III. OŚWIADCZENIE WYKONAWCY O POSIADANIU KWALIFIKACJI I UMIEJĘTNOŚCI ZAWODOWYCH W ZAKRESIE TEMATYCZNYM, KTÓREGO DOTYCZY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA.**

1. Posiadam dyplom lekarza medycyny, prawo wykonywania zawodu, specjalizację w dziedzinie ginekologii i położnictwa, udokumentowane certyfikatami umiejętności w wykonywaniu badań kolposkopowych.

1. Jestem lekarzem prowadzącym indywidualną/ grupową specjalistyczną praktykę lekarską wykonującym badania kolposkopowe wraz z weryfikacją histopatologiczną, jestem lekarzem nie prowadzącym indywidualnej/grupowej specjalistycznej praktyki lekarskiej wykonującym badania kolposkopowe wraz z weryfikacją histopatologiczną \*

Jednocześnie, na każde żądanie Zamawiającego, zobowiązuję się do przedłożenia dokumentów potwierdzających spełnienie warunków udziału w postępowaniu.

\*niepotrzebne skreślić

……………………………….. ……………………………………..

*miejscowość, data, podpis i pieczątka imienna*

*pieczęć firmowa wykonawcy osoby upoważnionej*