

**I. Dane Wykonawcy:**

Nazwa Wykonawcy .....

Siedziba Wykonawcy .....

NIP ..... Regon .....

Tel. .... Fax .....

e-mail: ..... www.....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego: .....

**OFERTA**

**dla Powiatowego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej**

na świadczenie usług odbioru, transportu i przechowywania zwłok oraz wykonywania badań pośmiertnych oraz badań histopatologicznych pacjentów zmarłych w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej.

**1. Oświadczenia Wykonawcy:**

Nawiązując do zaproszenia do składania ofert na świadczenie usług odbioru, transportu i przechowywania zwłok oraz wykonywania badań pośmiertnych oraz badań histopatologicznych pacjentów zmarłych w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wykonawca oświadcza, że:

1. zobowiązuje się do świadczenia usług będących przedmiotem postępowania na zasadach określonych w zaproszeniu do składania ofert wraz z załącznikami w okresie obowiązywania umowy, tj. 12 miesięcy,
2. zapoznał się z treścią zaproszenia do składania ofert wraz z załącznikami i nie wnosi w tym zakresie żadnych zastrzeżeń,
3. nie wnosi żadnych zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy i zobowiązuje się do jej podpisania na warunkach określonych w tym wzorze w miejscu i terminie określonym przez Zamawiającego,
4. uzyskał wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty,
5. uważa się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni od dnia otwarcia ofert,
6. dysponuje wymaganą przez Zamawiającego minimalną ilością miejsc w chłodni oraz dysponuje wymaganą przez Zamawiającego minimalną ilością specjalistycznych pojazdów przeznaczonych do przewozu zwłok,

7. dysponuje niezbędnym personelem, którego kwalifikacje i liczba zabezpieczą wykonywanie usług objętych przedmiotem postępowania,
8. posiada polisę potwierdzającą ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, na jedno i wszystkie zdarzenia w ciągu okresu trwania umowy w zakresie prowadzonej działalności, bez wyłączeń jakichkolwiek ryzyk dotyczących przedmiotu zamówienia, minimalna kwota ubezpieczenia 50 000,00 zł,
9. zobowiązuje się, że w/w ubezpieczenie będzie kontynuowane przez cały okres obowiązywania umowy,
10. wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty stanem prawnym i faktycznym,
11. wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu oświadczenia zostały złożone ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

## 2. Oferta

Oferujemy świadczenie usług odbioru, transportu i przechowywania zwłok oraz wykonywania badań pośmiertnych oraz badań histopatologicznych pacjentów zmarłych w Powiatowym Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej za następujące wynagrodzenie za świadczenie poszczególnych usług:

| Lp. | Nazwa usługi                                                                                                                                                                                                         | Cena brutto za jednokrotne wykonanie usługi |
|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| 1.  | Odbiór i przewóz zwłok (obejmujący także koszty wózka z kapsułą, worków na zwłoki) z placówek Zamawiającego mieszczących się w Będzinie (ul. Małachowskiego 12) i w Czeladzi (ul. Szpitalna 40) do chłodni Wykonawcy |                                             |
| 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                                                                                                                  |                                             |

### 3. Oświadczenia dotyczące warunków udziału w postępowaniu:

1. Wykonawca oświadcza, że posiada doświadczenie w zakresie transportu i przechowywania zwłok świadczonego przez minimum 3 lata na zlecenie podmiotu leczniczego:

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

2. Wykonawca oświadcza, że dysponuje pomieszczeniami (chłodniami) do przechowywania zwłok, w których ilość stałych stanowisk/miejsc do przechowywania zwłok wynosi ....., a pomieszczenia te znajdują się w odległości nie większej niż 20 km od siedziby PZZOZ (41-250 Czeladź, ul. Szpitalna 40), tj.  
.....  
.....  
..... (adres wraz z kodem pocztowym)
3. Wykonawca oświadcza, że dysponuje ..... specjalistycznymi pojazdami przeznaczonymi do przewozu zwłok, spełniającymi wszystkie wymogi wynikające z obowiązujących przepisów.

### 4. Załączniki do oferty:

W załączeniu do niniejszej oferty składamy następujące dokumenty:

- 1) dokument potwierdzający wpis do Krajowego Rejestru Sądowego\* / dokument potwierdzający wpis do ewidencji działalności gospodarczej\*,
- 2) kopię aktualnej polisy potwierdzającej ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności, na jedno i wszystkie zdarzenia w ciągu okresu

trwania umowy w zakresie prowadzonej działalności, bez wyłączeń jakichkolwiek ryzyk dotyczących przedmiotu zamówienia, minimalna kwota ubezpieczenia 50 000,00 zł, wraz z dowodem uiszczenia należnej składki,

3) zaparaflowany wzór umowy – załącznik nr 2 do zaproszenia do składania ofert,

4) .....

5) .....

Korespondencję związaną z prowadzeniem niniejszego postępowania prosimy kierować na adres.....

.....(dane adresowe wraz z kodem) lub/oraz na adres email.....

Osobą upoważnioną do kontaktów w czasie postępowania jest ..... (imię i nazwisko), tel....., email.....

.....

Data i podpis osoby uprawnionej/osób  
uprawnionych do reprezentowania Wykonawcy

\* niepotrzebne skreślić