

\_\_\_\_\_  
Miejscowość, data

Pieczęć Oferenta/ Dane Oferenta

## FORMULARZ OFERTY

**1. ZAMAWIAJĄCY:** American Heart of Poland S. A.  
Adres siedziby: ul. Sanatoryjna 1, Ustroń  
NIP: 548-22-77-894, Regon: 072347621

### 2. DOTYCZY:

**Oferty na wykonanie zdalnych testów autonomicznych układu krążenia dla uczestników eksperymentu badawczego pt. „Porównanie standardowej strategii wczesnej implantacji stymulatora do strategii odroczonej implantacji stymulatora po wykonaniu oceny autonomicznej, elektrofizjologicznej i wskazań do kardioneuroablacji w leczeniu funkcjonalnego bloku przedsionkowo-komorowego - randomizowany eksperyment badawczy z grupą kontrolną - TELE - SPACER”,** który jest realizowany w ramach konkursu na badania head-to-head w zakresie niekomercyjnych badań klinicznych lub eksperymentów badawczych ABM/2022/3 ogłoszonym przez Agencję Badań Medycznych.

### 3. NAZWA I DANE KONTAKTOWE OFERENTA

Nazwa oferenta: \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ - e-mail: \_\_\_\_\_

Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego \_\_\_\_\_

Organ rejestrowy: \_\_\_\_\_

#### 4. WARUNKI OFERTOWE

OPIS	Cena 1 badania/usługi dla 1 pacjenta (brutto)	Wartość maksymalna Dla 300 pacjentów
Testy autonomiczne układu krążenia - usługa medyczna dla maksymalnie 300 pacjentów w okresie od 19.07.2024 r do 30.06.2026 r..		

#### 5. OŚWIADCZENIA

- OŚWIADCZAM**, że dysponuję lub będę dysponował na potrzeby realizacji niniejszej usługi Telemedycznym Centrum Kardiologicznym dostępnym co najmniej 5 dni w tygodniu w godzinach 7:00 do 19:00
- OŚWIADCZAM**, że dysponuję urządzeniami niezbędnymi do wykorzystania na potrzeby udzielania świadczeń zdrowotnych wskazanymi w Zapytaniu ofertowym **Tak / Nie** (prawidłowe zakreślić)
- OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję osobami spełniającymi wymagania określone w zapytaniu ofertowym.
- OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję ..... Ratownikami Medycznymi posiadającymi doświadczenie w zdalnej ocenie zapisów EKG i prowadzenia zdalnego nadzoru kardiologicznego. między 6 -12 miesięcy.
- OŚWIADCZAM**, że na potrzeby realizacji niniejszej usługi dysponuję ..... Ratownikami Medycznymi posiadającymi doświadczenie w zdalnej ocenie zapisów EKG i prowadzenia zdalnego nadzoru kardiologicznego powyżej 12 miesięcy
- OŚWIADCZAM** że w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, podmiot świadczył usługę zdalnego nadzoru kardiologicznego obejmującą średniomiesięcznie łącznie co najmniej 10 osób, na podstawie umowy trwającej min. 12 miesięcy, przy udziale Ratownika Medycznego.

Ponadto oświadczam/-y, że:

- pozostaję/-emy związany/-ni niniejszą ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego upływu terminu składania ofert,
- po zapoznaniu się z opisem przedmiotu zamówienia zawartym w Zapytaniu ofertowym nie wnoszę/-imy do niego zastrzeżeń,
- nie zalegamy w podatkach i składkach na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne
- w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty niezbędne do prawidłowego i pełnego wykonania przedmiotu zamówienia.
- w przypadku przyznania niniejszego zamówienia wyznaczonym do koordynowania prac i kontaktów z Zamawiającym ze strony Wykonawcy będzie Pan/Pani ..... tel..... e-mail: .....
- przyjmuję do wiadomości i akceptuję, że moje dane osobowe, będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym postępowaniem i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia tych danych i ich upublicznienia w protokole wyboru, zawarcia i realizacji umowy). Szczegóły dotyczące informacji o przetwarzaniu moich danych osobowych oraz przysługujących mi prawach i obowiązkach znajdują się na stronie internetowej Zamawiającego – ahop.pl.

- że wypełnione zostały obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie niniejszego zamówienia \*)

*\*) jeżeli nie dotyczy - skreślić*

## 6. POTWIERDZENIE PRAWDZIWOŚCI DANYCH ZAWARTYCH W OFERCIE

Prawdziwość powyższych danych potwierdzam podpisem, świadom odpowiedzialności karnej z art. 233 Kodeksu Karnego i zobowiązuję się do przedstawienia dokumentów je potwierdzających na żądanie Zamawiającego.

Załączniki do Oferty:

1. Załącznik 1 do Formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań Oferenta,
2. Kopia księgi rejestrowej Oferenta jako podmiotu wpisanego do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
3. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu leczniczego;
4. Wykaz sprzętu wraz zawierający minimum nazwę i numery seryjne oraz wykaz systemów
5. Kopia certyfikatu ISO 27001 lub innego dokumentu potwierdzającego spełnienie warunku w pkt III, 3 Zapytania ofertowego
6. Wykaz osób zawierający imię i nazwisko oraz miejsce zdobycia wymaganego doświadczenia, wraz z kopią dokumentu potwierdzającego Prawo Wykonywania Zawodu
7. Kopie dokumentów potwierdzających, że Oferent świadczył w okresie ostatnich 3 lat przed upływem terminu składania ofert, a jeżeli okres prowadzenia działalności jest krótszy - w tym okresie, usługę zdalnego nadzoru kardiologicznego obejmującą średniomiesięcznie łącznie co najmniej 10 osób, na podstawie umowy trwającej min. 12 miesięcy, przy udziale Ratownika Medycznego
8. Zobowiązanie innych podmiotów do oddania Oferentowi do dyspozycji niezbędnych zasobów na potrzeby realizacji zamówienia (jeżeli dotyczy)
9. w przypadku wspólnego ubiegania się o udzielenie zamówienia dokument potwierdzający fakt ustanowienia pełnomocnika
10. Pełnomocnictwo do podpisania oferty (jeżeli dotyczy)

---

Miejscowość, data

---

Pieczęć/ Dane i podpis Oferenta

Załącznik nr 1 do Formularza oferty – Oświadczenie o braku powiązań

---

Miejscowość, data



Pieczęć Oferenta/ Dane Oferenta

### Oświadczenie o braku powiązań osobowych lub kapitałowych

Oświadczam(-y), że nie jestem(-śmy) powiązany/i z Zamawiającym osobowo lub kapitałowo.

Przez powiązania kapitałowe lub osobowe rozumie się wzajemne powiązania między Zamawiającym lub osobami upoważnionymi do zaciągania zobowiązań w imieniu Zamawiającego lub osobami wykonującymi w imieniu Zamawiającego czynności związane z przygotowaniem i przeprowadzeniem procedury wyboru wykonawcy a Oferentem, polegające w szczególności na:

1. uczestniczeniu w spółce jako wspólnik spółki cywilnej lub spółki osobowej;
2. posiadaniu co najmniej 10 % udziałów lub akcji;
3. pełnieniu funkcji członka organu nadzorczego lub zarządzającego, prokurenta, pełnomocnika;
4. pozostawaniu w związku małżeńskim, w stosunku pokrewieństwa lub powinowactwa w linii prostej, pokrewieństwa lub powinowactwa w linii bocznej do drugiego stopnia lub w stosunku przysposobienia, opieki lub kurateli.

---

Pieczęć/ Dane i podpis Oferenta