

Bytom dn. 18.11.2024r.

---

## ZAWIADOMIENIE O MODYFIKACJI

---

p.o. Dyrektora SPZOZ Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu zawiadamia o modyfikacji Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert postępowania konkursowego:

**Konkursu ofert na świadczenie usług zdrowotnych z zakresu wykonywania sekcji zwłok (autopsji) przez lekarza specjalistę patomorfologa**

Do SZCZEGÓŁOWYCH WARUNKÓW KONKURSU OFERT NA WYKONANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH Z ZAKRESU WYKONYWANIA SEKCJI ZWŁOK (AUTOPSJI) PRZEZ LEKARZA SPECJALISTĘ PATOMORFOLOGA dodaje się § 6 II pkt. 7, któremu nadaje się brzmienie:

*II. Ponadto do oferty należy dołączyć:*

1. Formularz Ofertowy – Cenowy – Załącznik nr 1- zmodyfikowany
2. Oświadczenie i klauzula Oferenta – Załącznik nr 2
3. Projekt Umowy i Porozumienia o powierzeniu przetwarzania danych osobowych – Załącznik nr 3
4. Wykaz personelu – Załącznik nr 4
5. Dostępność - Załącznik nr 5
6. Oświadczenie- załącznik nr 6
7. Oświadczenie-załącznik nr 7

p.o. D Y R E K T O R  
SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO NR 1  
  
Kinga Winczarek

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs ofert na świadczenie usług zdrowotnych  
z zakresu wykonywania sekcji zwłok (autopsji)  
przez lekarza specjalistę patomorfologa**

Lp.	DANE KONKURSOWE	DANE OFERENTA
1	Nazwa Oferenta	
2	Adres oferenta	
3	telefon kontaktowy	
4	e-mail @	
5	NIP	
6	REGON	
7	Numer księgi rejestrowej RPWDL	

.....  
Miejscowość; data.....  
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**Formularz ofertowo – cenowy**

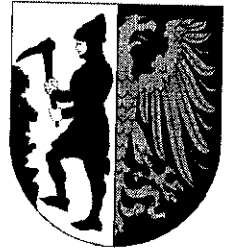
lp.	Rodzaj świadczenia	Szacunkowa ilość badań na okres 12 m-cy	Oferta cenowa cena jednostkowa	Szacowana wartość zamówienia
1.	Badanie patomorfologiczne/sekcja zwłok (autopsja) wykonana przez lekarza specjalistę patomorfologa	30		
2.	Badanie histopatologiczne pobranych wycinków	300		
Wartość ogółem				

.....  
 podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty





Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej  
**SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 1 w Bytomiu**  
ul. Żeromskiego 7, 41-902 Bytom  
Tel.: (32) 39 63 200 Fax.: (32) 39 63 251  
NIP: 626-034-01-73 REGON: 270235840 KRS 0000079907  
Konto: ING o/Bytom 58 1050 1230 1000 0023 5039 0619  
e-mail: [info@szpital1.bytom.pl](mailto:info@szpital1.bytom.pl) [www.szpital1.bytom.pl](http://www.szpital1.bytom.pl)  
ePUAP: /SZPITAL1BYTOM/skrytkaESP



załącznik nr 7

**Wykonawca:**

.....  
.....  
.....

(pełna nazwa/firma, adres, w zależności od podmiotu: NIP/PESEL, KRS/CEiDG)

**reprezentowany przez:**

.....  
(imię, nazwisko, stanowisko/podstawa do reprezentacji)

**Oświadczenie Wykonawcy**

Oświadczam/y, iż badania patomorfologiczne/ sekcja zwłok (autopsja) oraz badania histopatologiczne pobranych wycinków wykonywane są zgodnie z aktualnymi Standardami organizacyjnymi oraz standardami postępowania w patomorfologii. Wytycznymi dla Zakładów/Pracowni Patomorfologii.

.....(miejsowość), dnia.....r. ....

podpis