

## **FORMULARZ OFERTOWY**

### **I. DANE PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

Nazwa : .....

Siedziba : .....

Numer REGON: .....

Numer NIP: .....

### **II. PRZEDMIOT OFERTY:**

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań tomografii komputerowej (TK) dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu wraz z opisem**

### **III. OFERTA CENOWA**

1. Oferujemy wykonanie badań w następujących cenach:

Lp.	Wyszczególnienie badań z zakresu tomografii komputerowej	Szacunkowa roczna ilość badań (*)	Cena brutto jednego badania	Wartość ogółem
1	TK głowy - bez środka kontrastowego	2000		
2	TK badanie głowy - bez i ze środkiem kontrastowym	1		
3	TK badanie innej okolicy anatomicznej - bez środka kontrastowego	900		
4	TK badanie innej okolicy anatomicznej - bez i ze środkiem kontrastowym	550		
5	TK badanie wielofazowe innej okolicy anatomicznej	1		
6	TK badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez kontrastu	225		
7	TK badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze środkiem kontrastowym	1300		
8	TK kolonoskopia	50		
9	TK enterografia	1		
10	TK angiografia	620		
11	Trauma scan	150		

12	HRCT	50		
<b>Ogółem wartość badań TK</b>				
Słownie złotych:				

\*) – podane planowane do wykonania ilości badań są ilościami szacunkowymi na podstawie 12 miesięcy, Udzielający zamówienie zastrzega sobie prawo zwiększenia lub zmniejszenia liczby zlecanych Przyjmującemu zamówienie do wykonania badań

W zakresie pozostałych kryteriów opisanych w SWKO (jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ..... letnie doświadczenie zawodowe.
- b. Kwalifikacje personelu lekarskiego udzielającego świadczeń zdrowotnych, które stanowią przedmiot postępowania konkursowego – co najmniej specjalista w określonej dziedzinie
- c. Zapewniam całodobowe zabezpieczenie realizacji świadczeń.
- d. Zapewniam gotowość do całodobowej realizacji przedmiotu zamówienia w trybie podstawowej pracy i/lub w trybie dyżurów na warunkach określonych w SWKO

**Do oferty dołączono:**

1. Wypełniony formularz ofertowy – Załącznik Nr 1,
2. Oświadczenia stanowiące Załącznik Nr 2, Nr 3.
3. Wpis do właściwego Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą oraz wpis do KRS lub CEIDG
4. Wykaz aparatury i sprzętu medycznego wraz z potwierdzeniem aktualności przeglądów technicznych
5. Wykaz zbiorczy personelu medycznego wykonującego świadczenia będące przedmiotem konkursu wraz z kwalifikacjami lub kopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe tych osób.
6. Kserokopia polisy OC potwierdzająca zawarcie przez Oferenta umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń w zakresie przedmiotu postępowania, w całym okresie obowiązywania umowy zgodnie z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

W przypadku, gdy polisa nie obejmuje całego okresu obowiązywania umowy, Oferent dodatkowo przedstawia pisemne oświadczenie, z którego treści wynika, iż zobowiązuje się do kontynuacji ubezpieczenia OC do końca trwania umowy na świadczenia zdrowotne.

.....  
miejsce i data

.....  
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

**ADWOKAT**  
Kancelaria Adwokacka  
mgr Mirosław Semen...  
47-200 Kędzierzyn-Koźle, ul. Świerkowa 4  
tel./fax 472 23 40; 41 723 749 001-41 24  
Konto PKO BP K-Koźle  
5510203711000000000000112193