

FORMULARZ OFERTOWY

IV. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

Nazwa :

Siedziba :

Numer REGON:

Numer NIP:

V. PRZEDMIOT OFERTY:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego (MR) dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu wraz z opisem

VI. OFERTA CENOWA

1. Oferujemy wykonanie badań w następujących cenach:

Lp.	Wyszczególnienie badań z zakresu rezonansu magnetycznego	Szacunkowa roczna ilość badań (*)	Cena brutto jednego badania	Wartość ogółem
1.	MR głowy bez środka kontrastowego	395		
2.	MR badanie głowy - bez i ze środkiem kontrastowym	1		
3.	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	115		
4.	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	70		
5.	MR badanie innej okolicy anatomicznej - bez środka kontrastowego	567		
6.	MR badanie innej okolicy anatomicznej - bez i ze środkiem kontrastowym	340		
7.	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa	1		
8.	MR angiografia	25		
9.	MR enterografia	1		

10.	MR cholangiografia	43		
11.	MR badanie wielofazowe po kontraście	1		
Ogółem wartość badań MR				
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

.....
Pieczętka i podpis Oferenta

ADWOKAT
Kancelaria Adwokacka
mgr Mirosław Śnieża...
47-200 Kędziorzyn-Kościełko, Sądow. 4
tel./fax 472 23 40; 41 42 759-001-41-24
Konto PKO BP w Kościełku
5510203711030... 00112193