

### FORMULARZ OFERTOWY

#### I. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

Nazwa podmiotu .....

Adres podmiotu .....

Numer REGON: .....

Numer NIP: .....

#### II. PRZEDMIOT OFERTY:

**Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisywania badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) drogą teleradiologii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Kędzierzynie – Koźlu**

#### III. CENA

Rodzaj świadczenia – opis badania drogą teleradiologii	Szacowana ilość badań w ciągu 24 miesiące	Cena brutto (zł) za 1 opis wynosi	Wartość zamówienia (szacowana ilość X cena jednostkowa)
1. TK porównawcze i onkologiczne	1800		
2. TK angiografia	760		
3. TK CITO CITO (udary i trauma sckan)	1700		
4. TK głowy i kręgosłupa (odcinek) CITO	4200		
5. TK głowy i kręgosłupa (odcinek) PLANOWE	1000		
6. TK inne (okolice anatomiczne) CITO	8140		
7. MR	100		
<b>RAZEM</b>	_____	_____	

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

- a) Jakość: Oferent posiada doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania (wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):
- poniżej 5 lat doświadczenia – .....
  - 5 lat doświadczenia i więcej – .....

b) **Kompleksowość:** Oferent proponuje następujące warunki i udogodnienia dla Udzielającego zamówienie (wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):

1. Spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w niniejszym SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług- .....
2. Spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w niniejszym SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług oraz dodatkowo oferuję ułatwienie w postaci zagwarantowania Udzielającemu zamówienie każdorazowej możliwości telefonicznego potwierdzenia o fakcie dokonania opisu danego badania przez personel Przyjmującego zamówienie - .....

c) **Dostępność:** gotowość Oferenta do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym zakresie (wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):

1. Spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w niniejszym SWKO, mianowicie zapewnienie odpowiedniej min. 1 osobowej obsady lekarskiej do wykonywania opisów badań - .....
2. Zapewniam jednocześnie co najmniej 2 osobową obsadę lekarską do wykonywania opisów badań - .....

d) **Ciągłość:** Realizacja udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania konkursowego (wybrać **jedną odpowiedź** poprzez postawienie znaku „X”):

1. Rozpocznie udzielanie świadczeń .....
2. Realizuje świadczenie .....

miejsce i data

.....

Podpis i pieczęć osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta