

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 opis badania 1 okolicy anatomicznej*	Wartość zamówienia (szacowana ilość X cena jednostkowa)
1. TK porównawcze i onkologiczne	1800		
2. TK angiografia CITO	200		
2. TK angiografia szpitalne	360		
2. TK angiografia planowe	200		
3. TK CITO CITO – udary, zatorowość	1500		
4. TK CITO CITO – trauma sckan	200		
5. TK głowy CITO	3200		
5. TK głowy szpitalne	400		
5. TK głowy planowe	100		
6. TK jednego odcinka kręgosłupa CITO	1000		

6. TK jednego odcinka kręgosłupa szpitalne	400		
6. TK jednego odcinka kręgosłupa planowe	100		
7. TK inne (okolice anatomiczne) CITO	8140		
7. TK inne (okolice anatomiczne) szpitalne	1300		
7. TK inne (okolice anatomiczne) planowe	500		
8. MR	100		
RAZEM	_____	_____	

*Przez pojedynczy opis badania należy rozumieć opis dotyczący jednej okolicy anatomicznej ustalonej zgodnie z regułami wiedzy medycznej, które stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica mała, kręgosłup, kończyny górne, kończyny dolne

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”):

1. poniżej 5 lat doświadczenia –
2. 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