###### Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań tomografu komputerowego wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu

1. Dane o Oferencie:
	* 1. Pełna nazwa:......................................................................................................................................
		2. Adres:

miejscowość ...............................................................................kod pocztowy………………….…....

ul. ..................................................................................................., nr lokalu, .................................

Tel/fax. ................................................................................................................................................

email...................................................................... www..................................................................

Nazwa i numer konta bankowego ………………………….……………………………….…………….

* + 1. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu ........................................................................................................................

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

* + 1. NIP..........................................................................................................................................................
		2. Regon.................................................................................................................................................
		3. KRS……………………………………………………………………………………………..………….
1. Proponowana cena poszczególnych badań będących przedmiotem konkursu. oraz odległość od miejsca wykonywania badań:

**I pakiet:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania  |  Cena brutto  | Odległość w km |
| 1. | badanie TK głowy bez środka kontrastowego u dziecka |  |  |
| 2. | badanie TK głowy ze środkiem kontrastowym u dziecka |  |  |
| 3. | badanie TK innej okolicy anatomicznej\* bez środka kontrastowego u dziecka |  |  |
| 4. | badanie TK innej okolicy anatomicznej\* ze środkiem kontrastowym u dziecka |  |  |
| 5. | badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego u dziecka |  |  |
| 6. | badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym u dziecka |  |  |
| 7. | badanie TK dwóch okolic anatomicznych \* innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka ze środkiem kontrastowym |  |  |
| 8. | badanie TK dwóch okolic anatomicznych \* innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka bez środka kontrastowego  |  |  |

**II pakiet:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania  |  Cena brutto  | Odległość w km |
| 1. | badanie TK głowy bez środka kontrastowego u dziecka w znieczuleniu ogólnym |  |  |
| 2. | badanie TK głowy ze środkiem kontrastowym u dziecka w znieczuleniu ogólnym |  |  |
| 3. | badanie TK innej okolicy anatomicznej\* bez środka kontrastowego u dziecka w znieczuleniu ogólnym |  |  |
| 4. | badanie TK innej okolicy anatomicznej\* ze środkiem kontrastowym u dziecka w znieczuleniu ogólnym |  |  |
| 5. | badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego u dziecka w znieczuleniu ogólnym |  |  |
| 6. | badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym u dziecka w znieczuleniu ogólnym |  |  |
| 7. | badanie TK dwóch okolic anatomicznych \* innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka ze środkiem kontrastowym w znieczuleniu ogólnym |  |  |
| 8. | badanie TK dwóch okolic anatomicznych \* innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka bez środka kontrastowego w znieczuleniu ogólnym |  |  |

1. Rodzaj typ i rok produkcji aparatu do wykonywania badań tomografu komputerowego …………...……...

…………………………………………………………………………………….…………………..……..…

…………………………………………………………………………………….……………………………

……………………………………………………………………………………………………….…………

1. Dni i godziny pracy pracowni wykonującej świadczenia zdrowotne:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……..

V. Przewidywany czas oczekiwania na badania:

- tryb normalny

- cito

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:

 - tryb normalny

………………………………………………………………………………………………………………………

1. Oferent zapewnia/nie zapewnia 1) doręczenie wyników badań transportem własnym
2. właściwe zakreślić
3. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizacje zamówienie z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na badania

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………

1. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienie na świadczenia zdrowotne w zakresie tomografu komputerowego dla pacjentów Szpitala :

* oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie
z obowiązującymi przepisami.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwisko i imię | Stanowisko | Posiadane kwalifikacje i uprawnienia |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |

* oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
* oświadczamy, ze uważamy się za związanymi niniejsza oferta na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o konkursie,
* oświadczamy, że w razie wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez udzielającego zamówienia,
* oświadczamy, że spełniamy wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia
w standardach pracowni tomografu komputerowego,
* oświadczamy, że aparat do wykonywania badań tomografu komputerowego jest w pełni sprawny
i dopuszczony do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
* oświadczamy, ze uznajemy prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tj. Dz. U. z 2019 r., poz. 1373 z późn. zm.).

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

 podpis Oferenta