**Załącznik nr 1**

# FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego 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 bez transportu | Cena brutto  z transportem | Odległość   w km |
|  | Badanie MR głowy bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie MR głowy ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
|  | Badanie MR innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie MR innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
|  | Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
|  | Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
|  | Badanie MR płodu |  |  |  |

**II pakiet:**

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

**III pakiet:**

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

**IV pakiet:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Cena brutto bez transportu | Cena brutto  z transportem | Odległość   w km |
| 1. | Spektroskopia MR |  |  |  |

**V pakiet:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Cena brutto bez transportu | Cena brutto  z transportem | Odległość   w km |
| 1. | Angiografia MR bez środka kontrastowego |  |  |  |
| 2. | Angiografia MR ze środkiem kontrastowym |  |  |  |

**VI pakiet:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania:  badania we wskazaniach onkologicznych dla pacjentów posiadających kartę DILO. | Cena brutto | Odległość   w km |
|  | Badanie MR głowy bez środka kontrastowego |  |  |
|  | Badanie MR głowy ze środkiem kontrastowym |  |  |
|  | Badanie MR innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego |  |  |
|  | Badanie MR innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym |  |  |
|  | Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego |  |  |
|  | Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym |  |  |
|  | Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego |  |  |
|  | Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym |  |  |

1. Rodzaj typ i rok produkcji aparatu do wykonywania badań rezonansu magnetycznego

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

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

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

1. 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.

1) właściwe zakreślić.

1. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizacje zamówienia z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na badania .

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

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

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

VIII. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie rezonansu magnetycznego 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. |  |  |  |

* oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
* oświadczam, że uważam się za związanym niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o konkursie,
* oświadczam, że w razie wyboru przedstawionej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez udzielającego zamówienia,
* oświadczam, że spełniam wymagania określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia   
  w standardach pracowni rezonansu magnetycznego,
* oświadczam, że aparat do wykonywania badań rezonansu magnetycznego jest w pełni sprawny   
  i dopuszczony do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
* oświadczam, że uznaję 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 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

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

podpis Oferenta