###### 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 bez transportu | Cena brutto  z transportem | Odległość   w km |
|  | Badanie TK głowy bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie TK głowy ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
|  | Badanie TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie TK innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
|  | Badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
|  | Badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego |  |  |  |
|  | Badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym |  |  |  |

**II pakiet:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Cena brutto bez transportu | Cena brutto  z transportem | 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 |  |  |  |

**III pakiet:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Cena brutto bez transportu | Cena brutto  z transportem | 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 |  |  |  |

**IV pakiet:**

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

**V pakiet:**

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

**VI pakiet:**

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

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

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

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

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

IV. Przewidywany czas oczekiwania na badania:

- tryb normalny

- cito

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

V. 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 zamówienia 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. |  |  |  |

* 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 tomografu komputerowego,
* oświadczam, że aparat do wykonywania badań tomografu komputerowego 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