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

I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa: .....
2. Adres:
   miejscowość .....kod pocztowy…….....

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

   Tel/fax. .....

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

   Nazwa i numer konta bankowego …….……..……
3. Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu .....

   .....
4. NIP.....
5. Regon.....
6. KRS……..…….

II. Proponowana cena poszczególnych badań będących przedmiotem konkursu oraz odległość od miejsca wykonywania badań:

I pakiet:

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto bez transportu	Odległość w km
1.	Badanie MR głowy bez środka kontrastowego		
2.	Badanie MR głowy ze środkiem kontrastowym		
3.	Badanie MR innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego		
4.	Badanie MR innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym		
5.	Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego		
6.	Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym		
7.	Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego		
8.	Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym		
9.	Badanie MR płodu		

II pakiet:

Badań rezonansu magnetycznego dzieci

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto bez transportu	Odległość w km
1.	badanie MR głowy bez środka kontrastowego,		
2.	badanie MR głowy ze środkiem kontrastowym,		
3.	badanie MR innej okolicy anatomicznej* bez środka kontrastowego,		
4.	badanie MR innej okolicy anatomicznej* ze środkiem kontrastowym,		
5.	badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego,		
6.	badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym,		
7.	badanie MR dwóch okolic anatomicznych* innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego,		
8.	badanie MR dwóch okolic anatomicznych* innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym,		
9.	badanie MR płodu		

III pakiet:

Badań rezonansu magnetycznego dzieci w znieczuleniu ogólnym

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto bez transportu	Odległość w km
1.	badanie MR głowy bez środka kontrastowego,		
2.	badanie MR głowy ze środkiem kontrastowym,		
3.	badanie MR innej okolicy anatomicznej* bez środka kontrastowego,		
4.	badanie MR innej okolicy anatomicznej* ze środkiem kontrastowym,		
5.	badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego,		
6.	badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym,		
7.	badanie MR dwóch okolic anatomicznych* innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego,		
8.	badanie MR dwóch okolic anatomicznych* innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym,		
9.	badanie MR płodu		

IV pakiet:

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto bez transportu	Odległość w km
1.	Spektroskopia MR		

V pakiet:

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

VI pakiet:

Badania MR we wskazaniach onkologicznych dla pacjentów posiadających kartę DILO

Lp.	Rodzaj badania:	Cena brutto bez transportu	Odległość w km
1.	Badanie MR głowy bez środka kontrastowego		
2.	Badanie MR głowy ze środkiem kontrastowym		
3.	Badanie MR innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego		
4.	Badanie MR innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym		
5.	Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego		
6.	Badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym		
7.	Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego		
8.	Badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym		

III. Dni i godziny pracy pracowni wykonującej świadczenia zdrowotne (do wyboru):

 zabezpieczenie całodobowe

 zgodnie z harmonogramem pracy pracowni rezonansu magnetycznego:

Dni tygodnia	poniedziałek	wtorek	środa	czwartek	piątek	sobota	niedziela
Czas pracy od godz. – do godz.							

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

……..…….

……..…….

……..

V. Przewidywany czas oczekiwania na badania:
- tryb normalny ……..
- tryb cito (termin badania na cito będzie ustalany indywidualnie w drodze telefonicznego zgłoszenia) badania będą wykonywane natychmiastowo, po przewiezieniu pacjenta do siedziby Oferenta

VI. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:

- tryb normalny ……
- tryb cito w ciągu 24 godzin od wykonania badania.

VII. Oferent zapewnia/nie zapewnia [1)] doręczenie wyników badań transportem własnym.

1) właściwe zakreślić.

VIII. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizacje zamówienia z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na badania. Adres Pracowni Rezonansu Magnetycznego.

……

……

……

IX. 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.			

- 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 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.).

.....

podpis Oferenta