**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

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 TK głowy bez środka kontrastowego | | |
| 2. | Badanie TK głowy ze środkiem kontrastowym | | |
| 3. | Badanie TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego | | |
| 4. | Badanie TK innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym | | |
| 5. | Badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego | | |
| 6. | Badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym | | |
| 7. | Badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego | | |
| 8. | Badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym | | |

**II pakiet:**

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

**III pakiet:**

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

**IV pakiet:**

**Badania TK we wskazaniach onkologicznych dla pacjentów posiadających kartę DILO**

| Lp. | Rodzaj badania: | Cena brutto bez transportu | Czas przejazdu |
|---|---|---|---|
| 1. | Badanie TK głowy bez środka kontrastowego | | |
| 2. | Badanie TK głowy ze środkiem kontrastowym | | |
| 3. | Badanie TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego | | |
| 4. | Badanie TK innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym | | |
| 5. | Badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego | | |
| 6. | Badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym | | |
| 7. | Badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa bez środka kontrastowego | | |
| 8. | Badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa ze środkiem kontrastowym | | |

**V pakiet:**

| Lp. | Rodzaj badania: | Cena brutto bez transportu | Czas przejazdu |
|---|---|---|---|
| 1. | Badania PET – TK w ramach pakietu onkologicznego DILO | | |

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

 zabezpieczenie całodobowe

 zgodnie z harmonogramem pracy pracowni tomografii komputerowej:

| 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 tomografu komputerowego ……...…….....

……..……..…

……..……

……..……

IV. 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

V. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:

- tryb normalny ……
- tryb normalny – badanie dzieci w znieczuleniu ogólnym w ciągu 24 godzin od wykonania badania,
- tryb cito w ciągu 24 godzin od wykonania badania

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

1) właściwe zakreślić

VII. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizacje zamówienie z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na badania. Adres Pracowni Tomografii Komputerowej.

……

……

……

VIII. 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 2025 r., poz. 1461 z późn. zm.).

.....
podpis Oferenta