

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:
 miejscowośćkod 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	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 ze środkiem kontrastowym		
8.	badanie MR dwóch okolic		

	anatomicznych * innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka bez środka kontrastowego		
--	--	--	--

II pakiet

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto	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 ze środkiem kontrastowym w znieczuleniu ogólnym		
8.	badanie MR dwóch okolic anatomicznych * innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka bez środka kontrastowego w znieczuleniu ogólnym		

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

.....

IV. Dni i godziny pracy pracowni wykonującej świadczenia zdrowotne:

.....

V. Przewidywany czas oczekiwania na badania:

- tryb normalny
- cito

.....

VI. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:
- tryb normalny

.....
VII. Oferent zapewnia/nie zapewnia ¹⁾ doręczenie wyników badań transportem własnym.
1) właściwe zakreślić

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

.....
.....
.....
VIII. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienie 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.			

- oświadczamy, że zapoznaliśmy się i akceptujemy treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
- oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą 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 rezonansu magnetycznego.
- oświadczamy, że aparat do wykonywania badań rezonansu magnetycznego jest w pełni sprawny i dopuszczony do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami,
- oświadczamy, że 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