

FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań 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:

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto	Odległość w km
1.	Badanie EMG		
2.	Densytometria		
3.	Konsultacje urologiczne		
4.	Konsultacje naczyniowe		
5.	Konsultacje psychiatryczne		
6.	Konsultacje dermatologiczne		
7.	Konsultacje ortopedyczne		
8.	Konsultacje okulistyczne (ocena przezierności soczewek) dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w ramach badań medycyny pracy		
9.	Hospitalizacja pacjenta w Oddziale Intensywnej Terapii	nie dotyczy	

III. Dni i godziny pracy poradni/pracowni /oddziału wykonującej/ego świadczenia zdrowotne zgodnie z zadaniem:

Badania EMG - zadanie 1

Densytometria – zadanie 2

Konsultacje urologiczne - zadanie 3

Konsultacje naczyniowe - zadanie 4

Konsultacje psychiatryczne - zadanie 5

Konsultacje dermatologiczne - zadanie 6

Konsultacje ortopedyczne - zadanie 7

Konsultacje okulistyczne (ocena przezierności soczewek) dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w ramach badań medycyny pracy - zadanie 8

Hospitalizacja pacjenta w Oddziale Intensywnej Terapii - zadanie 9 - **Całodobowo**

IV. Przewidywany czas oczekiwania na badania:

Badań EMG - zadanie 1

Densytometria – zadanie 2

Konsultacji urologicznych - zadanie 3

Konsultacji naczyniowych - zadanie 4

Konsultacji psychiatrycznych - zadanie 5

Konsultacji dermatologicznych - zadanie 6

Konsultacji ortopedycznych - zadanie 7

Konsultacji okulistycznych (ocena przezierności soczewek) dla pracowników narażonych na promieniowanie jonizujące w ramach badań medycyny pracy - zadanie 8

Hospitalizacja pacjenta w Oddziale Intensywnej Terapii - zadanie 9 **Nie dotyczy**

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

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

VI. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do konkursu ofert o udzielenie zamówienie na świadczenia zdrowotne oświadczam, że dysponuję personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami. Proszę podać co najmniej jedną osobę z danego zakresu

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Posiadane kwalifikacje i uprawnienia
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

- 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, laboratorium.
- 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.

.....
podpis Oferenta