

FORMULARZ OFERTOWY DO KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań i konsultacji z zakresu toksykologii dla wykonywanych dla potrzeb 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 :

Lp.	Nazwa badania:	Cena brutto:
1.	Acetaminofen / Paracetamol	zł.
2.	Carbamazepina	zł.
3.	Digoksyne	zł.
4.	Pochodne benzodiazepiny	zł.
5.	Amfetamina / METAMFETAMINA OZN ILOŚCIOWE	zł.
6.	Cholinoesteraza	zł.
7.	Kanabinole	zł.
8.	Opiaty	zł.
9.	Amoniak	zł.
10.	Etanol	zł.
11.	Salicylany	zł.
12.	Kwas walproinowy	zł.
13.	Teofilina	zł.
14.	Mioglobina	zł.
15.	Phenobarbital	zł.
16.	Panel narkotykowy krew (oznaczenie jakościowe)	zł.
17.	Panel narkotykowy mocz (oznaczenie jakościowe)	zł.
18.	Pochodne fenotiazyny	zł.
19.	Tramadol	zł.
20.	Zolpidem	zł.
21.	Trójcykliczne antydepresanty	zł.
22.	TLC ATROPINA	zł.
23.	TLC BAKLOFEN	zł.
24.	TLC BISOPROLOL	zł.

25.	TLC CLOZAPOL	zł.
26.	TLC DEKSTROMETORFAN	zł.
27.	TLC HALOPERIDOL	zł.
28.	TLC HYDROKSYZYNA	zł.
29.	TLC KWETIAPINA	zł.
30.	TLC METOPROLOL	zł.
31.	TLC CHLORPROTIXEN	zł.
32.	TLC MIANSERYNA	zł.
33.	TLC OLANZAPINA	zł.
34.	TLC PROPRANOLOL	zł.
35.	TLC RYFAMYCYNA	zł.
36.	TLC SKOPOLAMINA	zł.
37.	TLC TRAMADOL	zł.
38.	TLC WENLAFAKSYNA	zł.
39.	TLC ZOLPIDEM	zł.
40.	TLC ZOPIKLON	zł.
41.	TLC ZUKLOPENTIKSOL	zł.
42.	Metanol	zł.
43.	Izopropanol	zł.
44.	Glikol etylenowy	zł.
45.	Glikol dietylenowy	zł.
46.	Etanol GC	zł.
47.	Aceton GC	zł.
48.	Amanityna	zł.
49.	Hemoglobina tlenkowąglowa HbCO	zł.
50.	Methemoglobina MetHb	zł.
51.	Metadon Mtd	zł.
52.	HKIN Hydrazyd kwasu izonikotynowego we krwi	zł.
53.	HKIN Hydrazyd kwasu izonikotynowego w moczu	zł.
54.	Kwas Hipurowy w moczu	zł.
55.	Rodanki we krwi 100	zł.
56.	Rodanki w moczu	zł.
57.	Sulfonamidy we krwi	zł.
58.	Sulfonamidy w moczu	zł.
59.	Pochodne sulfonilomocznika	zł.
60.	Ekstazy MDMA we krwi	zł.
61.	Kokaina COC we krwi	zł.
62.	Ekstazy MDMA w moczu	zł.
63.	Kokaina COC w moczu	zł.
64.	Konsultacja toksykologiczna (telekonsultacja)	zł.
SUMA WSZYSTKICH POZYCJI:		

III. Miejsce, dni i godziny wykonywania badań i konsultacji:

Badania toksykologiczne będą wykonywane w siedzibie :

.....

Telefoniczne konsultacje będą udzielane pod numerem telefonu:

.....

.....

...

IV. Maksymalny czas oczekiwania na wynik badania:

.....

V. Odległość od siedziby Udzielającego zamówienie do siedziby, w której wykonywane będą badania objęte zakresem umowy w km.:

.....

VI. Adres siedziby, w której wykonywane będą badania objęte zakresem umowy:

.....

VII. Proponowany sposób zabezpieczenia ciągłości świadczeń zdrowotnych (np. w razie awarii):

Zabezpieczenie ciągłości badań w przypadku awarii prądu:

Zabezpieczenie ciągłości badań w przypadku awarii aparatury:

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

.....

.....

.....

IX. 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.			
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, 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