

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 bez transportu	Cena brutto z transportem	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:

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

III pakiet:

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

IV pakiet:

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

V pakiet:

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

VI pakiet:

Lp.	Rodzaj badania: badania we wskazaniach onkologicznych dla pacjentów posiadających kartę DILO.	Cena brutto	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. Rodzaj typ i rok produkcji aparatu do wykonywania badań rezonansu magnetycznego

.....

.....

.....

IV. Przewidywany czas oczekiwania na badania:

- tryb normalny
- cito

.....

V. Przewidywany czas oczekiwania na wynik badania:

- tryb normalny

.....

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

1) właściwe zakreślić.

VII. 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 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.			
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 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 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

.....
podpis Oferenta