

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:
 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	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				

II pakiet:

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto bez transportu	Cena brutto z transportem	Odległość w km	Czas przejazdu
1.	badanie TK głowy bez środka kontrastowego u dziecka				
2.	badanie TK głowy ze środkiem kontrastowym u dziecka				
3.	badanie TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego u dziecka				
4.	badanie TK innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym u dziecka				
5.	badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego u dziecka				
6.	badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym u dziecka				
7.	badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka ze środkiem kontrastowym				
8.	badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka bez środka kontrastowego				

III pakiet:

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto bez transportu	Cena brutto z transportem	Odległość w km	Czas przejazdu
1.	badanie TK głowy bez środka kontrastowego u dziecka w znieczuleniu ogólnym				
2.	badanie TK głowy ze środkiem kontrastowym u dziecka w znieczuleniu ogólnym				
3.	badanie TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego u dziecka w znieczuleniu ogólnym				
4.	badanie TK innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym u dziecka w znieczuleniu ogólnym				
5.	badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa bez środka kontrastowego u dziecka w znieczuleniu ogólnym				
6.	badanie TK dwóch odcinków kręgosłupa ze środkiem kontrastowym u dziecka w znieczuleniu ogólnym				
7.	badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka ze środkiem kontrastowym w znieczuleniu ogólnym				
8.	badanie TK dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa u dziecka bez środka kontrastowego w znieczuleniu ogólnym				

IV pakiet:

Lp.	Rodzaj badania	Cena brutto bez transportu	Cena brutto z transportem	Odległość w km	Czas przejazdu
1.	Spektroskopia TK				

V pakiet:

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

VI pakiet:

Lp.	Rodzaj badania : badania we wskazaniach onkologicznych dla pacjentów posiadających kartę DIŁO.	Cena brutto	Odległość w km	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			

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 (nie dotyczy pakietu III).

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 realizację zamówienia 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 2024 r., poz. 146 z późn. zm.).

.....
podpis Oferenta