

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
„OFERTA”

DANE DOTYCZĄCE OFERENTA:

Pełna
nazwa.....

Adres.....

NIP:.....REGON:.....

Tel.....e-mail.....

PRZEDMIOT OFERTY/CENA:

NAZWA BADANIA/ RODZAJ PAKIETU	LICZBA (Szacunkowa ilość badań do wykonania w trakcie trwania umowy)	CENA JEDNOSTKOWA BRUTTO	WARTOŚĆ BRUTTO
1. Opis RTG dla dorosłych w trybie planowym (pacjenci hospitalizowani) w ciągu 72 godzin od chwili otrzymania pełnych danych dla pacjentów	3360		
2. Opis RTG dla dorosłych w trybie planowym (pacjenci AOS) w ciągu 120 godzin od chwili otrzymania pełnych danych dla pacjentów	5040		
3. Opis RTG dla dzieci w trybie planowym (pacjenci hospitalizowani) w ciągu 72 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	260		
4. Opis RTG dla dzieci w trybie planowym (pacjenci AOS) w ciągu 120 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	510		
5. Opis RTG dla dorosłych w trybie pilnym, w tym pacjentów onkologicznych z kartą DILO, w ciągu 48 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	1840		
6. Opis RTG dla dzieci w trybie pilnym w ciągu 48 godzin od chwili otrzymania	520		

pełnych danych			
7. Opis TK dla dorosłych w planowym (pacjenci hospitalizowani) w ciągu 72 godzin od chwili otrzymania pełnych danych dla pacjentów	1320		
8. Opis TK dla dorosłych w trybie planowym (pacjenci AOS) w ciągu 120 godzin od chwili otrzymania pełnych danych dla pacjentów	1320		
9. Opis TK dla dzieci w trybie planowym (pacjenci hospitalizowani) w ciągu 72 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	75		
10. Opis TK dla dzieci w trybie planowym (pacjenci AOS) w ciągu 120 godzin od chwili otrzymania pełnych danych dla pacjentów	30		
11. Opis TK dla dorosłych w trybie pilnym, w tym pacjentów onkologicznych z kartą DILO, w ciągu 48 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	800		
12. Opis TK dla dzieci w trybie pilnym w ciągu 48 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	160		
13. Opis TK w trybie nagłym niezwłocznie (z podejrzeniem udaru), nie później jednak niż w ciągu 2 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	240		
14. Opis mammografii w badaniach przesiewowych do 7 dni roboczych	1600		
15. Opis mammografii w trybie pilnym dla pacjentów onkologicznych posiadających kartę DILO w ciągu 48 godzin od chwili otrzymania pełnych danych	320		
16. Opis mammografii do 4 dni roboczych od chwili otrzymania pełnych danych	320		
Koszt łączny utrzymania na okres obowiązywania umowy (w tym ewentualne koszty miesięczne, koszty montażu, koszty urządzeń itd.	-	-	
* w przypadku ewentualnych kosztów, płatność rozbita proporcjonalnie miesięcznie do okresu			

obowiązująca umowa tzn. 1/24			
** W przypadku nieponoszenia kosztów z wyżej wymienionego tytułu, proszę o wpisanie wartości „0”			
RAZEM			

RAZEM proponowana cena oferty:

Cena zł

(słownie:.....)

Oferent podaje ceny brutto

OŚWIADCZENIE OFERENTA

Przystępując do konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Bytomiu, w zakresie teleradiologii, polegających na wykonywaniu opisów badań tomografii komputerowej i/lub badań RTG i/lub badań mammografii w oparciu o teletransmisję, całodobowo we wszystkie dni tygodnia, w tym w niedziele, święta i dni wolne od pracy oświadczamy, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu oraz nie wnosimy do nich zastrzeżeń.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.
3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem
4. Spełniam aktualne obowiązujące wymogi NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Nie korzystam z usług podwykonawców (nie zlecam opisu badań zewnętrznej pracowni) z wyjątkiem personelu Przyjmującego zamówienie, świadczącego usługi na rzecz Przyjmującego zamówienie, na podstawie umowy cywilnoprawnej.
6. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki umowy zostały przez mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w terminie do 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
7. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli przeprowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze świadczeń publicznych (z późn. zm.), w zakresie wynikającym z umowy zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia, a także kontroli Zleceńodawcy w zakresie realizacji niniejszej umowy.
8. Oświadczam, że nie jestem podmiotem, o którym mowa w art. 7 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (t.j. Dz. U. z 2025 r. poz. 514).

WYKAZ PERSONELU MEDYCZNEGO

Lp.	Imię i Nazwisko	Nazwa specjalizacji	Nr Prawa Wykonywania Zawodu

.....

(miejscowość, data)

.....

(podpis i pieczęć oferenta)