**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Oferenta:**

Nazwa (firma) ……………….....................................................................................................................

Siedziba: ………….........................................kod....................ul..............................................................

Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres siedziby): ....................................... kod.................... ul..............................................................

Województwo:.....................................nr telefonu/fax ………….…………......................................................

http:// ..................................................... e-mail: ............................................................................................

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

Osoba upoważniona do kontaktów:................................................................. tel. ....................................

**Dane Udzielającego Zamówienia:**

**Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o.**

**ul. Kościuszki 28**

**09-402 Płock**

**Przedmiot oferty**

Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego pacjentom kierowanym przez Płocki Zakład Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. zgodnie z określonym w ogłoszeniu przedmiotem postępowania i wzorem umowy.

**Oferowana cena**

**Świadczenia z zakresu tomografii komputerowej wykonywane w dni robocze**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa badania | Szacunkowa liczba badań w okresie 24 m-cy | Cena brutto jednostkowa | Ilość x cena jednostkowa brutto |
| TK angio aorty piersiowej z kontrastem | 5 |  |  |
| TK głowy | 15 |  |  |
| TK głowy z kontrastem | 15 |  |  |
| TK jamy brzusznej i miednicy małej | 5 |  |  |
| TK jamy brzusznej i miednicy małej z kontrastem | 20 |  |  |
| TK jamy brzusznej i miednicy małej z kontrastem 3-fazowe z kontrastem | 20 |  |  |
| TK jamy brzusznej | 5 |  |  |
| TK jamy brzusznej z kontrastem | 5 |  |  |
| TK klatki piersiowej | 5 |  |  |
| TK klatki piersiowej z kontrastem | 5 |  |  |
| TK klatki piersiowej i jamy brzusznej z kontrastem | 5 |  |  |
| TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy | 20 |  |  |
| TK klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy z kontrastem | 150 |  |  |
| TK kolonografia (wirtualna kolonoskopia) bez kontrastu- niska dawka promieniowania | 15 |  |  |
| TK kolonografia (wirtualna kolonoskopia) z kontrastem | 5 |  |  |
| TK tkanek miękkich (szyi) | 5 |  |  |
| TK tkanek miękkich (szyi) z kontrastem | 5 |  |  |
| TK zatok | 5 |  |  |
| TK kręgosłupa (jeden odcinek) | 5 |  |  |
| TK kręgosłupa (jeden odcinek) z kontrastem | 5 |  |  |
| TK miednicy małej | 5 |  |  |
| TK miednicy małej z kontrastem | 5 |  |  |
| TK kości stawów – 1 obszar | 5 |  |  |
|  |  |  |  |

\* W badaniach TK z kontrastem – kontrast w cenie

**Świadczenia z zakresu rezonansu magnetycznego wykonywane w dni robocze**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nazwa badania | Szacunkowa liczba badań w okresie 24 m-cy | Cena brutto jednostkowa | Ilość x cena brutto jednostkowa |
| MR głowy | 25 |  |  |
| MR głowy z kontrastem | 50 |  |  |
| MR angio głowy | 5 |  |  |
| MR przysadki mózgowej- badanie z kontrastem (kontrast w cenie) | 10 |  |  |
| MR odcinka szyjnego/lędzwiowego/piersiowego kręgosłupa | 20 |  |  |
| MR kręgosłupa (2 odcinki) | 5 |  |  |
| MR całego kręgosłupa (3 odcinki) | 5 |  |  |
| MR jamy brzusznej | 100 |  |  |
| MR miednicy małej | 100 |  |  |
| Cholangiografia MR | 35 |  |  |
| MR stawu barkowego/łokciowego/ kolanowego/skokowego/biodrowego | 5 |  |  |
| MR nadgarstka/stopy/uda/podudzia/ ramienia/przedramienia/reki | 5 |  |  |
| MR stawów krzyżowo - biodrowych | 5 |  |  |
| Kontrast MR | 150 |  |  |
|  |  |  |  |

**Łącznie wartość tomografii komputerowej i rezonansu magnetycznego ………………………….**

**Informacje dotyczące badania**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejsce wykonania badania** | **Godziny wykonania badania** | **Maksymalny czas oczekiwania na badanie wraz z wynikiem (nie dłuższy niż określony w ogłoszeniu)** | **Uwagi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny:**

1. Oświadczam, że dysponuję pracownią z tomografem komputerowym\*/ aparatem rezonansu magnetycznego\*, działającą zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, zlokalizowaną w …………………………………………………………………...…………………………………………………
2. Opis lokalu (rejestracja, poczekalnia, gabinety) …………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………………...
3. Aparatura i sprzęt medyczny (typ, rodzaj, ilość, czas eksploatacji): …………………………………….. ………………………………………………………………………………………………………………...……

**Oświadczenia Oferenta:**

Oświadczam, iż:

1. zapoznałem się z treścią Ogłoszenia, a w szczególności z przedmiotem konkursu, kryteriami oceny ofert, warunkami stawianymi oferentom, a także z projektem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń do ich treści,
2. zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty,
3. akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w Ogłoszeniu i w mojej ofercie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. spełniam wszystkie warunki stawiane Oferentom,
5. wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
6. gwarantuję ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty,
7. uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert,
8. w przypadku wyboru niniejszej oferty podpiszę umowę zgodnie z  projektem umowy w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania konkursowego,
9. termin płatności wynosi 30 dni od dnia otrzymania przez Udzielającego Zamówienie prawidłowo wystawionej faktury,
10. uwzględniłem w cenie jednostkowej netto wszystkie koszty niezbędne do realizacji świadczenia zdrowotnego.

**Załączniki**

1. Aktualny wypis z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert).
2. Kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy.
3. Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
4. Wykaz personelu medycznego realizującego opisane w przedmiocie konkursu świadczenia medyczne (wg załączonego wzoru),
5. Dokumenty potwierdzające posiadanie sprzętu i aparatury medycznej niezbędnych do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.

….........................................................................

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta

\*skreślić jeżeli nie dotyczy

**Wykaz personelu medycznego realizującego opisane w przedmiocie konkursu świadczenia medyczne**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **zawód medyczny/inny** | **nr prawa wykonywania zawodu** |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |

Oświadczam, że podczas każdego badania tomografii komputerowej\*/ rezonansu magnetycznego\* wykonywanego z podaniem kontrastu realizowanego zgodnie z ofertą zapewniona będzie obecność lekarza.

….........................................................................

 Miejscowość i data

 ………………………………………………………….

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta