

.....
(pieczęć oferenta)

FORMULARZ
OFERTOWY

1. Pełna nazwa podmiotu:

.....

2. Forma prawna:

.....

3. Dokładny adres podmiotu zgodny z wpisem do odpowiedniego rejestru:

.....

.....

4. Tel.:..... E-mail:

5. Dokładny adres do korespondencji - podać tylko jeśli jest inny niż w pkt. 3:

.....

6. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

7. Numer REGON: Numer NIP:

8. Nazwa banku i numer rachunku:

.....

9. Imiona i nazwiska oraz funkcje osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta w kontaktach zewnętrznych i posiadających zdolność do podejmowania zobowiązań finansowych w imieniu podmiotu (zawierania umów):

.....
.....

10. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie):

.....
.....

11. Opis przedmiotu oferty (zgodny z ogłoszeniem o konkursie) - opisać w jakim zakresie medycznym Oferent będzie udzielał świadczeń zdrowotnych.

.....
.....

12. Sprzęt medyczny - wskazać czy świadczenia zdrowotne Oferent będzie wykonywał przy pomocy sprzętu własnego czy użyczonego przez ŚCO

.....

13. Miejsce realizacji zadania: wpisać Zakład ŚCO, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne

.....

14. Czas udzielania świadczeń przez Oferenta: Poniżej należy wpisać proponowany czas udzielania świadczeń zdrowotnych

(w przypadku gdy Oferent jest zatrudniony na umowę o pracę, deklarowany przez niego czas udzielania świadczeń w ramach umowy cywilnej nie może obejmować godzin świadczenia pracy określonych w umowie o pracę)

.....
.....

15. Oferta cenowa: Poniżej należy wpisać stawkę brutto w polskich złotych:

Proponowana cena:

- a) zł brutto - za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie w pracowniach: rentgenowskiej (RTG), ultrasonograficznej (USG), biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BAC), mammograficznej (MMRTG, bez uwzględniania badań realizowanych w ramach profilaktycznych programów zdrowotnych), pełnienia dyżuru medycznego w ZDO oraz uczestnictwa w spotkaniach klinicznych, w tym wielodyscyplinarnych zespołów terapeutycznych (WZT);
- b) zł brutto - za każdą godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie w pracowniach: tomografii komputerowej (TK) lub

- rezonansu magnetycznego (MR), gdzie Przyjmujący Zamówienie, według grafiku pełni funkcję lekarza nadzorującego wykonywanie badań diagnostycznych w danej pracowni;
- c) zł brutto - za każdą okolicę anatomiczną objętą badaniem tomografii komputerowej (TK), wykonanym, opisanym i posiadającym podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania;
 - d) zł brutto - za każdą okolicę anatomiczną objętą badaniem rezonansu magnetycznego (MR) z zakresu neuroradiologii (badania głowy i poszczególnych odcinków kręgosłupa), wykonanym, opisanym i posiadającym podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania;
 - e) zł brutto - za każdą okolicę anatomiczną objętą badaniem rezonansu magnetycznego (MR) z zakresu innych okolic anatomicznych, niż wskazanych w punkcie d), wykonanym, opisanym i posiadającym podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania;
 - f) zł brutto - za każde badanie mammograficzne, wykonane, opisane i posiadające podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie wynik badania, rozliczone w ramach umowy z NFZ na profilaktyczne programy zdrowotne (w mammograficznej pracowni mobilnej i stacjonarnej);
 - g) zł brutto - za każde świadczenie zabiegowe w zakresie piersi, tj.: biopsji gruboigłowej piersi celowanej, założenia haczyka lub znacznika tkankowego, wykonane, opisane i posiadające podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie opis świadczenia, wykonywane w Pracowni Mammotomicznej ZDO;
 - h) zł brutto - za każde świadczenie zabiegowe w zakresie piersi, tj.: biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią pod kontrolą USG lub biopsja gruboigłowa piersi wspomagana próżnią stereotaktyczna, wykonane, opisane i posiadające podpisany podpisem elektronicznym przez Przyjmującego zamówienie opis świadczenia, wykonywane w Pracowni Mammotomicznej ZDO.

16. W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość) oświadczam, iż:

- 1) W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadamletnie doświadczenie zawodowe.
- 2) Posiadam następujące specjalizacje adekwatne do przedmiotu zamówienia **poza wymaganą specjalizacją w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej**
.....
.....
.....
- 3) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia zobowiązuję się do udzielania świadczeń w następującym zakresie (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):
 - a) wg harmonogramu ustalonego przez Udzielającego Zamówienie

b) wg harmonogramu zaproponowanego przez Oferenta w wskazanych przez niego terminach

4) W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia, oświadczam, że: **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)**:

a) w dniu złożenia oferty **realizuję** na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie proces leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowania

b) w dniu złożenia oferty **nie realizuję** na podstawie umowy z Udzielającym Zamówienie procesu leczenia świadczeniobiorców w ramach danego zakresu świadczeń, którego dotyczy postępowania

17. Oświadczam, że Oferent zapoznał się z SWKO oraz spełnia warunki udziału.

18. Oświadczam, że zapoznałem/am się z klauzulą informacyjną RODO, stanowiącą załącznik nr 4 do SWKO.

19. Oświadczam, że zapoznałem/am się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 3 do SWKO i w pełni go akceptuję.

20. Załączniki do oferty: **(zaznaczyć poniżej i złożyć** wymagane załączniki ze względu na formę prawną wykonywanej działalności)

- aktualny wydruk z CEIDG,
- wydruk z Krajowego Rejestru Sądowego,
- aktualny wydruk księgi rejestrowej z Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (RPWDL)
- dyplom ukończenia studiów wyższych medycznych na wydziale lekarskim,
- prawo wykonywania zawodu,
- dyplom uzyskania tytułu lekarza specjalisty,
- dyplom potwierdzający nadanie stopnia naukowego,
- dyplom potwierdzający nadanie tytułu naukowego,
- obowiązująca umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej Oferenta przyjmującego zamówienie na świadczenia zdrowotne za szkody wyrządzone podczas udzielania świadczeń (lub oświadczenie zgodnie z załącznikiem nr 5),
- aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy na stanowisku lekarza (tzw. zdolność do pracy).

***Uwaga do Formularza Ofertowego prosimy nie załączać załącznika nr 3 i 4.**

.....
data i czytelny podpis Oferenta