

FORMULARZ OFERTOWY

I. IDENTYFIKACJA OFERENTA:

Dane oferenta	
Nazwa	
Adres (+ ew. do korespondencji)	
Telefon	
E-mail	
NIP	
REGON	
PESEL	
Nazwisko rodowe, imiona rodziców	
PWZ	
Nazwa banku Nr konta bankowego	
Podany rachunek jest wpisany na tzw. „Białej Liście”	<input type="checkbox"/> wskazany rachunek figuruje na „Białej liście” <input type="checkbox"/> wskazany rachunek nie figuruje na „Białej liście” – świadczenia zwolnione z VAT

II. PRZEDMIOT OFERTY:

Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych w dni robocze w godzinach od 7.00 do 15.00 w Dziale Diagnostyki Obrazowej.

III. PROPOZYCJE FINANSOWE OFERENTA:

Poniżej w tabeli należy wpisać proponowaną cenę jednostkową brutto za badanie w polskich złotych.

Za realizację poniższych świadczeń zdrowotnych oczekuję należności wynagrodzenia w wysokości :

Pakiet I - Pracownia Radiologiczna

- badania radiologiczne – diagnostyka radiologiczna

Lp.	Rodzaj badania/ badanie	Szacowana dzienna liczba badań/*	Proponowana cena jednostkowa brutto (w zł.)- za 1 opis badania z czasem realizacji do 60min – badania w trybie pilnym, do 48 godzin – badania planowe.	Przewidywana maksymalna cena jednostkowa zł brutto proponowana przez Udzielającego Zamówienia za opis 1 badania
1	Opis badania radiologicznego jednej okolicy anatomicznej	40		15

/ Podana liczba badań ma charakter szacunkowy na podstawie danych historycznych Udzielającego Zamówienie i służy obliczeniu wartości pakietu*

Pakiet II - Pracownia Tomografii Komputerowej

- badania tomografii komputerowej

Lp.	Rodzaj badania/ badanie	Szacowana dzienna liczba badań/*	Proponowana cena jednostkowa brutto (w zł.)- za 1 opis badania z czasem realizacji do 60min – badania w trybie pilnym, do 48 godzin – badania planowe	Przewidywana maksymalna cena jednostkowa zł brutto proponowana przez Udzielającego Zamówienia za opis 1 badania
1	TK jednej okolicy anatomicznej	30		90
2	Badanie TK w algorytmie politraumy	1		270

/ Podana liczba badań ma charakter szacunkowy na podstawie danych historycznych Udzielającego Zamówienie i służy obliczeniu wartości pakietu*

Pakiet III - Pracownia Ultrasonografii Diagnostycznej i Zabiegowej

- badania ultrasonograficzne – diagnostyka ultrasonograficzna

Lp.	Rodzaj badania/ badanie	Szacowana miesięczna liczba badań/*	Proponowana cena jednostkowa brutto (w zł.) za 1 opis badania	Przewidywana maksymalna cena jednostkowa zł brutto proponowana przez Udzielającego Zamówienia za opis 1 badania
1	USG tarczycy i przytarczyc	10		70
2	USG naczyń szyi - Doppler	30		70
3	USG węzłów chłonnych	15		70
4	USG ślinianek	5		70
5	USG piersi	5		70
6	USG jamy opłucnej	5		70
7	USG naczyń nerkowych- Doppler	1		70
8	USG jamy brzusznej i miednicy	820		70
9	USG zakrzepicy żył głębokich	25		70
10	USG kończyn górnych - Doppler	5		70
11	USG kończyn dolnych - Doppler	5		70
12	USG innych obszarów układu naczyniowego - Doppler	5		70
13	USG tkanek miękkich	5		70
14	USG moszny w tym jąder i najądrzy	10		70
15	Biopsja cienkoigłowa	5		100

/ Podana liczba badań ma charakter szacunkowy na podstawie danych historycznych Udzielającego Zamówienie i służy obliczeniu wartości pakietu*

IV. CZAS TRWANIA UMOWY:

Oferuję zawarcie umowy na okres od 1 lipca 2024 r. do 30 czerwca 2026 r.

V. MINIMALNA DEKLAROWANA LICZBA DNI W MIESIĄCU DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ

minimalna liczba dni w miesiącu, w których oferent będzie udzielał świadczeń w godz. 7-15..... (co najmniej 1 raz w miesiącu)

VI. KRYTERIUM KOMPLEKSOWOŚCI

Oferent oświadcza iż posiada umiejętności i kwalifikacje zawodowe pozwalające mu na kompleksowe udzielanie świadczeń zdrowotnych w DDO oraz w innych medycznych komórkach organizacyjnych zgodnie z profilem udzielanych świadczeń w Szpitalu które będą wykonywane zgodnie z wymogami ustaw, zarządzeniami Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, rozporządzeniami Ministra Zdrowia oraz wewnętrznymi przepisami Udzielającego Zamówienie w zakresie przedmiotowych świadczeń i tym samym iż **spełnia/ nie spełnia** ¹ kryterium kompleksowości.

¹ należy wybrać właściwe

VII. ZAŁĄCZNIKI

W załączeniu przedkładam ksero dokumentów:

Lp.	Dokumenty	Załączam/nie załączam*	Uzupełnię do dnia*
1	dypłom uczelni w języku polskim		
2	dypłom specjalizacji/kwalifikacji/ certyfikaty potwierdzające odbyte szkolenia		
3	dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu lekarza		
4	polisa obowiązkowego ubezpieczenia OC		
5	wydruk z CEIDG		
6	orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania pracy w polu elektromagnetycznym		
7	okresowe szkolenie bhp z uwzględnieniem narażenia na pole elektromagnetyczne		
8	badania sanitarno- epidemiologiczne		
9	wpis do księgi rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą		

*** WYJAŚNIENIE**

- oznacza nie załączam i zobowiązuję się uzupełnić do dnia (obok okienka proszę wpisać datę)

X - oznacza załączam

VIII. OŚWIADCZENIA

Oświadczam, iż:

1. Oświadczam, że spełniam warunki, o których mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2023, poz. 991).
2. Oświadczam, że posiadam aktualne orzeczenie o stanie zdrowia od lekarza medycyny pracy potwierdzające brak przeciwwskazań zdrowotnych do wykonywania pracy, wykonane na koszt własny i zobowiązuje się do przedłożenia kopii orzeczenia o stanie zdrowia.
3. Oświadczam, że w cenie/stawce oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia w tym: koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Udzielającego zamówienia oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
4. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami oraz z zasadami etyki zawodowej;
6. Zobowiązuję się do podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości udzielanych świadczeń.
7. Posiadam odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do udzielania w/w rodzaju świadczeń.
8. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta.
9. Zobowiązuję się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego Zamówienia oraz związanych z realizacją umowy i które to informacje stanowią tajemnicę w rozumieniu przepisów o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
10. Zobowiązuję się do zapoznania z Regulaminem Organizacyjnym oraz obowiązującymi procedurami wewnętrznymi Udzielającego Zamówienia przed rozpoczęciem udzielania świadczeń zdrowotnych.
11. Zobowiązuję się do odbycia wstępnego szkolenia z zakresu podstawowych zasad zapobiegania zakażeniom szpitalnym.
12. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam iż w chwili składania oferty nie toczy się w krajach Unii Europejskiej oraz państwach trzecich postępowanie o pozbawienie mnie prawa do wykonywania zawodu, ani w żadnym kraju Unii Europejskiej oraz państwach trzecich nie jestem pozbawiony prawa do wykonywania zawodu prawomocnym wyrokiem sądu lub ostateczną decyzją właściwych organów.
14. Oświadczam iż nie jestem osobą skazaną prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo przeciwko zdrowiu i życiu.

.....
Data

.....
Podpis (imię i nazwisko) Oferenta