

FORMULARZ OFERTOWY

na świadczenie usług z zakresu diagnostyki obrazowej polegających na wykonywaniu opisów i ocen badań TK i MR w oparciu o dane medyczne przekazane Przyjmującemu Zamówienie przez Udzielającego Zamówienie drogą teletransmisji

Nr Konkursu 25/KO/2023

....., dnia
(miejscowość)

Formularz ofertowy

1. Dane oferenta (nazwa, siedziba lub imię i nazwisko, adres numer telefonu do kontaktu)

Imię i Nazwisko lub nazwa Przyjmującego zamówienie:

.....
.....

Adres Przyjmującego zamówienie:

.....
.....

NIP:

REGON:

Nr telefonu:

Adres email:

2. Data sporządzenia oferty.....

3.Należność za realizację świadczeń zdrowotnych:

L.p.	Nazwa świadczenia	Proponowana cena ryczałtowa netto za jeden opis badania PLANOWEGO	Proponowana cena ryczałtowa netto za jeden opis badania PILNEGO	Proponowana cena ryczałtowa netto za jeden opis badania CITO
1.	TK głowy/zatok/oczodołów			
2.	TK kości/stawy/kręgosłup/ortopedyczne			
3.	TK szyi/krtani/piramid/nosogardzieli			
4.	TK klatki piersiowej lub j. brzusznej/miednicy			
5.	TK badanie dwóch okolic anatomicznych			
6.	TK trzy lub więcej okolic anatomicznych/polytrauma			
7.	TK angiografia jednej okolicy anatomicznej			
8.	KardioCT, angiografia TT wieńcowych, wirtualna kolonoskopia			
9.	MR GŁOWY BEZ KONTRASTU		-----	
10.	MR GŁOWY ZE WZMOCNIENIEM KONTRASTOWYM: - z oceną uszu - z oceną kątów mostkowo-mózdkowych - z sekwencjami na padaczkę (protokół badania MR głowy z sekwencjami w przypadku rozpoznania padaczki).		-----	
11.	ANGIO MR GŁOWY BEZ WZMOCNIENIA KONTRASTOWEGO		-----	
12.	MR PRZYSADKI Z KONTRASTEM		-----	
13.	MR KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO BEZ KONTRASTU		-----	
14.	MR KRĘGOSŁUPA SZYJNEGO Z KONTRASTIEM		-----	
15.	MR KRĘGOSŁUPA PIERSIOWEGO BEZ KONTRASTU		-----	
16.	MR KRĘGOSŁUPA PIERSIOWEGO Z KONTRASTEM		-----	

17.	MR KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO - KRZYŻOWEGO BEZ KONTRASTU		-----	
18.	MR KRĘGOSŁUPA LĘDŹWIOWO - KRZYŻOWEGO Z KONTRASTEM		-----	
19.	MR STAWU KOLANOWEGO BEZ KONTRASTU		-----	
20.	MR STAWU KOLANOWEGO Z KONTRASTEM		-----	
21.	MR STAWU SKOKOWEGO BEZ KONTRASTU		-----	
22.	MR STAWU SKOKOWEGO Z KONTRASTEM		-----	
23.	MR STOPY BEZ KONTRASTU		-----	
24.	MR STOPY Z KONTRASTEM		-----	
25.	MR STAWU BIODROWEGO BEZ KONTRASTU		-----	
26.	MR STAWU BIODROWEGO Z KONTRASTEM		-----	
27.	MR STAWÓW KRZYŻOWO - BIODROWYCH BEZ KONTRASTU		-----	
28.	MR STAWÓW KRZYŻOWO - BIODROWYCH Z KONTRASTEM		-----	
29.	MR STAWU BARKOWEGO BEZ KONTRASTU		-----	
30.	MR STAWU BARKOWEGO Z KONTRASTEM		-----	

4. Oświadczam, iż zapoznałem/łam się z treścią ogłoszenia, materiałami informacyjnymi, wzorem umowy oraz posiadam możliwość realizacji przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami NFZ i poddam się kontroli prowadzonej przez NFZ oraz Udzielającego Zamówienia,

5. Oświadczam, iż posiadam możliwość wykonania świadczeń na warunkach podanych w materiałach konkursowych i wzorze umowy,

6. Deklaruję dostosowanie się do harmonogramu świadczeń ustalanego przez Udzielającego Zamówienie ,

7. Imię i Nazwisko oraz numer telefonu osób które będą udzielały świadczeń w zakresie przedmiotu oferty.

.....

.....

.....

8. Oświadczam, iż wykonam przedmiot zamówienia we własnym zakresie bez udziału podwykonawców tak/nie *

*) *wybrać właściwe;*

9. Załączniki:

- A. Aktualny wypis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, potwierdzający uprawnienie do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu(co najmniej wydruk pierwszej strony)
- B. Aktualny wypis z CEIDG lub KRS
- C. Dane dotyczące kwalifikacji zawodowych osoby udzielającej świadczenia będące przedmiotem konkursu – potwierdzające minimalne wymagania w zakresie przedmiotu konkursu (określone w materiałach informacyjnych)
- D. **KLAUZULA ZGODY DLA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE OBJĘTEGO POSTĘPOWANIEM KONKURSOWYM,**
- E. **KLAUZULA INFORMACYJNA DOTYCZĄCA PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH**

.....

Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania oferenta