

*Załącznik nr 1
do Szczegółowych warunków konkursu ofert*

FORMULARZ OFERTOWY

I. Instrukcja dla Oferenta:

1. Oferta ma być sporządzona w języku polskim i pod rygorem nieważności w formie pisemnej. Oferta powinna być czytelna, napisana w sposób nieścieralny oraz podpisana przez osobę lub osoby uprawnione do jej podpisania.
2. Dokumenty sporządzone w języku obcym muszą być składane wraz z poświadczonym przez Oferenta tłumaczeniem na język polski.
3. Wszystkie strony Formularza oferty wraz z załączonymi do niego dokumentami muszą być parafowane i opieczetowane przez Oferenta.
4. Każda zapisana strona oferty (wraz z załącznikami do oferty) powinna być ponumerowana kolejnymi numerami.
5. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów.

II. Dane Oferenta:

Pełna nazwa oferenta:

Siedziba Oferenta:

Województwo.....

Adres e-mail:

Tel. / fax.:

NIP

REGON:

KRS (jeżeli dotyczy):

Organ prowadzący rejestr oraz numer wpisu do właściwego rejestru

Adres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu

Wyznaczam osobę/y jako koordynatorów i osoby do pierwszego kontaktu do realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu

1) ze strony Przyjmujący Zamówienie:

a).....tel....., e-mail

b).....tel.....,e-mail

III. Oferent oferuje:

W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie:

wykonywania badań rezonansu magnetycznego wraz z opisem dla pacjentów

Udzielającego Zamówienia,

oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

Lp	Rodzaj badania	Szacunkowa ilość badań w okresie 12 m-cy	Cena badania brutto	Wartość brutto
1.	Głowa bez kontrastu	60		
2.	Głowa z kontrastem	600		
3.	Oczodoły bez kontrastu	5		
4.	Oczodoły z kontrastem	5		
5.	Twarzoczaszka bez kontrastu	5		
6.	Twarzoczaszka z kontrastem	5		
7.	Przysadka mózgowa z kontrastem	5		
8.	Szyja bez kontrastu	5		
9.	Szyja z kontrastem	5		
10.	Kręgosłup jeden odcinek bez kontrastu	288		
11.	Kręgosłup jeden odcinek z kontrastem	36		
12.	Kręgosłup dwa odcinki bez kontrastu	12		
13.	Kręgosłup dwa odcinki z kontrastem	12		
14.	Kręgosłup trzy odcinki bez kontrastu	5		
15.	Kręgosłup trzy odcinki z kontrastem	5		
16.	Jama brzuszna bez kontrastu	5		
17.	Jama brzuszna z kontrastem	24		
18.	Miednica mała bez kontrastu	5		
19.	Miednica mała z kontrastem	24		
20.	Cholangiografia (z oceną wątroby i trzustki)	24		
21.	Kości, stawy bez kontrastu	24		
22.	Kości, stawy z kontrastem	12		
23.	Angiografia	24		
24.	Myelografia dopłata do kręgosłupa	5		
25.	Stawy krzyżowo-biodrowe bez kontrastu	5		
26.	Stawy krzyżowo-biodrowe z kontrastem	5		
	RAZEM:			

Odległość pomiędzy Szpitalem a miejscem wykonywania badania - km

IV. Kwalifikacje zawodowe wymagane w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Wykaz personelu i ich kwalifikacji zawodowych, zgłoszonych do udzielania świadczeń zdrowotnych

Lp	Nazwisko i imię	Posiadane kwalifikacje	Numer prawa wykonywania zawodu

Rodzaj typ i rok produkcji aparatu do wykonywania badań rezonansu magnetycznego

.....
.....
.....

VI. Oświadczenia Oferenta:

1. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia
2. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że badania wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z określonymi standardami i obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.
4. Oświadczam, że aparat do wykonywania badań rezonansu magnetycznego jest w pełni sprawny i dopuszczony do użytkowania zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
5. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłaszam do nich zastrzeżeń, jak również oświadczam że załączony wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
6. Zainteresowałem się wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania przedmiotu zamówienia.

7. Akceptuję warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
8. W rozliczeniach obowiązywać będzie 30-dniowy termin płatności.
9. Oświadczam, że **jestem czynnym podatnikiem podatku od towarów i usług (VAT) / jestem zwolniony z podatku VAT***.
10. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
11. Nie toczą się wobec mnie żadne postępowania sądowe ani postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, związane z prowadzoną działalnością.
12. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym, na dzień złożenia oferty.
13. Wyrażam zgodę na umieszczenie w ogłoszeniu Udzielającego zamówienia o rozstrzygnięciu konkursu ofert danych Oferenta zgodnie z art. 151 Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
14. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

.....
podpis Oferenta

KLAUZULA INFORMACYJNA

Zgodnie z art. 13 ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r. (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016) informuję, iż:

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Kraśniku, ul. Fryderyka Chopina 13, 23-200 Kraśnik, adres e-mail: pocza@spzoz.krasnik.pl numer telefonu: 81-825-13-66).
2. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu przeprowadzenia postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych zgodnie z Ustawą o działalności leczniczej oraz Ustawą o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i przepisów wykonawczych - na podstawie Art. 6 ust. 1 lit. a, b, c ogólnego rozporządzenia o ochronie danych osobowych z dnia 27 kwietnia 2016 r.
3. Odbiorcami Pani/Pana danych osobowych będą wyłącznie podmioty uprawnione do uzyskania danych osobowych na podstawie przepisów prawa.
4. Pani/Pana dane osobowe przechowywane będą przez okres zgodny z przepisami.
5. Posiada Pani/Pan prawo do żądania od administratora dostępu do danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania a także prawo do cofnięcia zgody, chyba, że przepisy prawa nakazywać będą przechowywanie danych osobowych.
6. W przypadku uznania, że Pani/Pana prawa zostały naruszone ma Pani/Pan prawo wniesienia skargi do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych.
7. Podanie danych osobowych jest obligatoryjne w oparciu o aktualnie obowiązujące przepisy, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.
8. Dane kontaktowe do Inspektora Ochrony Danych Osobowych – Konrad Domański, adres e-mail: iod@spzoz.krasnik.pl).

.....
Data i czytelny podpis Oferenta