**Znak sprawy KO – 2/2024**

Załącznik nr 1 do SWKO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
pieczęć oferenta

## **OŚWIADCZENIE O DANYCH OFERENTA**

Niniejszym, zgłaszam swoje uczestnictwo w konkursie ofert na zawarcie umowny o udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu diagnostyki obrazowej:

Pakiet I - opisywaniu badań radiologicznych (RTG),

Pakiet II - opisywaniu badań tomografii komputerowej (TK),

Pakiet III - opisywaniu badań mammograficznych (MMG)

w oparciu o teleradiologię dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Sulechowie, (CPV 85121000-3).

Poniżej zamieszczam wymagane informacje ofertowe:

|  |  |
| --- | --- |
| dane oferenta |  |
| nazwa firmy |  |
| adres siedziby |  |
| nr wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej lub do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą |  |
| dane podmiotu tworzącego (wypełnia wyłącznie podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą) |  |
| NIP |  |
| REGON |  |
| imię i nazwisko osób(y) uprawnionej do reprezentowania placówki | nr wpisu do KRS albo ewidencji działalności gospodarczej. numer REGON, NIP, numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, w przypadku podmiotu leczniczego niebędącego przedsiębiorcą — dane podmiotu tworzącego |
| telefon |  |
| fax |  |

**Data, miejscowość oraz podpis(-y):**  [……………………………………..……………………………]

**Znak sprawy KO – 2/2024**

Załącznik nr 2 do SWKO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
pieczęć oferenta

## **OŚWIADCZENIE WŁASNE**

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i warunkami szczegółowymi konkursu.
2. Nie posiadam zaległości w opłatach do ZUS i US.
3. Zatrudniony personel posiada odpowiednie kwalifikacje zawodowe a sytuacja ekonomiczna gwarantuje należyte wykonanie świadczeń objętych niniejszym konkursem.
4. Spełniam aktualnie obowiązujące wymagania NFZ w sprawie wykonywania świadczeń objętych postępowaniem konkursowym.
5. Nie korzystam z usług podwykonawców przy wykonywaniu badań (nie zlecam opisu badań pracowni zewnętrznej) z wyjątkiem personelu Przyjmującego zamówienie, świadczącego usługi na rzecz Przyjmującego zamówienie, na podstawie umów cywilnoprawnych.
6. Znany jest mi termin związania ofertą (30 dni od daty upływu terminu składania ofert).
7. Wymienione w ofercie i warunkach szczegółowych konkursu warunki umowy zostały przeze mnie zaakceptowane i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej Oferty do zawarcia umowy w terminie 30 dni od daty rozstrzygnięcia konkursu.
8. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Udzielającego zamówienie oraz NFZ w zakresie spełniania wymagań, o których mowa w aktualnie obowiązujących szczegółowych materiałach informacyjnych NFZ z zakresu właściwego przedmiotu umowy.

**Data, miejscowość oraz podpis(-y):**  [……………………………………..……………………………]

**Znak sprawy KO – 2/2024**

Załącznik nr 3 do SWKO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
pieczęć oferenta

## **OFERTA CENOWA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.**p | **Rodzaj** | **Okolica anatomiczna** | **Czas wykonania opisu** | **ilość na 12 miesięcy** |
| **1.** | **RTG** | **Jedna** okolica anatomiczna zgodnie z regułami sztuki medycznej | do 96h | 8000 |
| **RTG** - pilne | do 24h | 400 |
| **RTG** - bardzo pilne | do 1h | 0 |
| **2.** | **TK** | **Głowa,** zatoki, kręgosłup z podziałem na odcinki(szyjny, piersiowy, ls), twarzoczaszka, kości skroniowe | do 240h | 600 |
| **TK** - pilne | do 120h | 10 |
| **TK** - bardzo pilne | do 24h | 5 |
| **3**. | **TK** | **Brzuch,** klatka piersiowa, miednica | do 240h | 2000 |
| **TK** - pilne | do 120h | 600 |
| **TK** - bardzo pilne | do 24h | 20 |
| **4**. | **TK** | **W** obrębie kończyny górnej prawej lub lewej: staw barkowy, staw łokciowy, staw nadgarstkowy, dłoń, kość ramienna, przedramię | do 240h | 12 |
| **TK** - pilne | do 120h | 6 |
| **TK** - bardzo pilne | do 24h | 4 |
| **5**. | **TK** | **W** obrębie kończyny dolnej prawej lub lewej: staw biodrowy, staw kolanowy, staw skokowy, kość udowa, podudzie, stopa, szyja ,ANGIO - wszystkie odcinki anatomiczne w opcji angio | do 240h | 80 |
| **TK** - pilne | do 120h | 20 |
| **TK** - bardzo pilne | do 24h | 10 |
| **6**. | **TK -** pilne | **politrauma** | do 24h | 8 |
| **7.** | **MMG planowane** |  | do 96h | 350 |

Oferent podaje ceny brutto

RAZEM proponowana cena oferty pakiet I - …………………………………..zł

(słownie:………………………………………………………………………………)

RAZEM proponowana cena oferty pakiet II - …………………………………..zł

(słownie:………………………………………………………………………………)

RAZEM proponowana cena oferty pakiet III - …………………………………..zł

(słownie:………………………………………………………………………………)

**Data, miejscowość oraz podpis(-y):**  [……………………………………..……………………………]

**Znak sprawy KO – 2/2024**

Załącznik nr 4 do SWKO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
pieczęć oferenta

## **LICZBA I KWALIFIKACJE OSÓB, KTÓRE BĘDĄ WYKONYWAĆ ŚWIADCZENIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | Imię i nazwisko | Kwalifikacje lekarza |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |

**Data, miejscowość oraz podpis(-y):**  [……………………………………..……………………………]

**Znak sprawy KO – 2/2024**

Załącznik nr 5 do SWKO

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
pieczęć oferenta

## **OPIS (nazwa proponowanej konfiguracji urządzeń oraz oferowanego systemu współpracującego z systemem AGFA Impax)**

**Data, miejscowość oraz podpis(-y):**  [……………………………………..……………………………]