

.....  
pieczęć firmowa

## **OFERTA**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie  
teleradiologii

### **DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

NAZWA PODMIOTU:

\_\_\_\_\_

ADRES: \_\_\_\_\_

NUMER WPISU: \_\_\_\_\_

ORGAN REJESTROWY: \_\_\_\_\_

REGON: \_\_\_\_\_ NIP: \_\_\_\_\_

KRS (jeśli dotyczy): \_\_\_\_\_

### **KONTAKT Z PRZYJMUJĄCYM ZAMÓWIENIE:**

IMIĘ I NAZWISKO: \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

E-MAIL: \_\_\_\_\_

Przedmiotem oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie teleradiologii na rzecz Zespołu Opieki Zdrowotnej z siedzibą w Końskich przy ul. Gimnazjalnej 41B, zwanego dalej "Udzielającym Zamówienia", według poniższych cen jednostkowych brutto za jeden opis badania:

<b>Badania Rentgenowskie (RTG)</b>	<b>Cena w zł</b>
planowe czas realizacji do 24 godzin	
pilne czas realizacji do 5 godzin	
CITO czas realizacji do 2 godzin	

<b>Nazwa badania TK</b>	<b>Tryb planowy do 48 h cena</b>	<b>Tryb pilny do 24 h cena</b>	<b>Tryb cito do 60 minut cena</b>
TK głowy bez środka kontrastowego			
TK głowy bez i ze środkiem kontrastowym			
TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego			
TK innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym			
TK ortopedyczne (kości, stawy)			
TK szyi/krtani/piramid/nosogardzieli w skaningu przeglądowym			
TK szyi/krtani/piramid/nosogardzieli po dożylnym podaniu środka kontrastowego			
TK klatki piersiowej lub j. brzusznej bez środka kontrastowego			
TK klatki piersiowej lub j. brzusznej ze środkiem kontrastowym			
TK klatki piersiowej lub j. brzusznej wielofazowe			
TK dwóch okolic bez środka kontrastowego			
TK dwóch okolic bez i ze środkiem kontrastowym			
Angiografia (z wyłączeniem tętnic wieńcowych)			
Kardio CT, angiografia tętnic wieńcowych			
Politrauma (więcej niż 2 okolice anatomiczne)			

Czasy określone w tabeli są czasami maksymalnymi.

Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:

- 1) zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia, szczegółowe warunki konkursu ofert i projekt umowy;
- 2) będzie realizował świadczenia przy wykorzystaniu zainstalowanego przez siebie i wdrożonego, systemu informatycznego zintegrowanego z systemem posiadanym przez zamawiającego,

3) akceptuje zawarcie umowy na czas udzielania świadczeń.

Ponadto Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że:

1. posiada wymagane doświadczenie i niezbędne uprawnienia do realizacji zadań objętych konkursem ofert;
2. znajduje się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zadań objętych konkursem ofert;
3. nie zalega z opłacaniem podatków, opłat oraz składek na ubezpieczenie zdrowotne;
4. posiada polisę ubezpieczeniową od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności;
5. spełnia wymagania określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dn. 11 kwietnia 2019 r. w sprawie standardów organizacyjnych opieki zdrowotnej w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej wykonywanej za pośrednictwem systemów teleinformatycznych (Dz.U.2019.834)

Wykaz załączników do Formularza ofertowego:

1. aktualne zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
2. kopia polisy OC w zakresie prowadzonej działalności przedstawiona nie później niż w dniu zawarcia umowy;
3. wykaz lekarzy radiologów, którzy będą świadczyć usługi na rzecz Udzielającego Zamówienia wraz z numerami prawa wykonywania zawodu oraz tytułami naukowymi;
4. kopia certyfikatu ISO 9001:2008, ISO 27001

.....  
Pieczęć i podpis Przyjmującego Zamówienie