

OFERTA

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie
teleradiologii

DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

NAZWA PODMIOTU:

ADRES:

NUMER W RPWDL:

REGON: NIP:

NUMER 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 41 B, zwanego dalej "Udzielającym Zamówienia", według poniższych cen jednostkowych brutto za jeden opis badania:

RTG			
Tryb	Planowy	CITO	Na ratunek
Cena			
Czas opisu	5 dni	3 h	do 1 h

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA				
GŁOWA, TWARZOCZASZKA, ZATOKI, KOŚCI SKRONIOWE, KRĘGOSŁUP Z PODZIAŁEM NA ODCINKI				
Tryb	Planowy	CITO	Na ratunek	Onkologiczne
Cena				
Czas opisu	14 dni	12 h	do 1 h	7 dni

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA				
STAWY				
Tryb	Planowy	CITO	Na ratunek	Onkologiczne
Cena			nie dotyczy	
Czas opisu	14 dni	24 h	nie dotyczy	7 dni

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA				
KŁATKA PIERSIOWA, JAMA BRZUSZNA, MIEDNICA, KAŻDA OKOLICA ANATOMICZNA Z OPCJĄ ANGIO				
Tryb	Planowy	CITO	Na ratunek	Onkologiczne
Cena				
Czas opisu	14 dni	24 h	do 1 h	7 dni

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA				
ANGIO TĘTNIC WIEŃCOWYCH				
Tryb	Planowy (pacjent ambulatoryjny)	CITO (pacjent hospitalizowany)	Na ratunek	Onkologiczne
Cena		nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy
Czas opisu	14 dni	nie dotyczy	nie dotyczy	nie dotyczy

REZONANS MAGNETYCZNY				
GŁOWA, KRĘGOSŁUP Z PODZIAŁEM NA ODCINKI				
Tryb	Planowy	CITO	Onkologiczne	
Cena		nie dotyczy		
Czas opisu	14 dni	nie dotyczy	7 dni	

REZONANS MAGNETYCZNY			
STAWY			
Tryb	Planowy	CITO	Onkologiczne
Cena		nie dotyczy	
Czas opisu	14 dni	nie dotyczy	7 dni

REZONANS MAGNETYCZNY			
JAMA BRZUSZNA, MIEDNICA			
Tryb	Planowy	CITO	Onkologiczne
Cena		nie dotyczy	
Czas opisu	14 dni	nie dotyczy	7 dni

Czasy określone w tabeli są czasami maksymalnymi.

Tryb „Na ratunek”- do zastosowania w przypadku ściśle określonego katalogu rozpoznań klinicznych, tj.: udar niedokrwienno/krwotoczny (tromboliza), uraz czaszkowo-mózgowy, uraz głowy ze śpiączką po wykluczeniu hipoglikemii, uraz wielomiejscowy, uraz wielonarządowy, izolowany uraz klatki piersiowej, izolowany uraz brzucha, izolowany uraz miednicy, ból w klatce piersiowej z sinicą w okolicy szyi, zatorowość płucna, podejrzenie tętniaka, podejrzenie rozwarstwienia aorty, INNE ROZPOZNANIE – PO BEZPOŚREDNIEJ KONSULTACJI LEKARZA KIERUJĄCEGO Z LEKARZEM RADIOLOGIEM.

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. zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą;
2. aktualny odpis KRS (jeśli dotyczy),
3. kopia polisy OC w zakresie prowadzonej działalności
4. wykaz lekarzy radiologów, którzy będą świadczyć usługi na rzecz Udzielającego Zamówienia wraz z numerami prawa wykonywania zawodu oraz tytułami naukowymi;
5. kopia certyfikatu ISO 9001:2008 w zakresie diagnostyki obrazowej, ISO 27001

.....
Podpis Przyjmującego Zamówienie