

**FORMULARZ OFERTOWY**

**w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej (leczenie szpitalne i ambulatoryjne)**

Pełna nazwa oferenta:

.....  
.....

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

.....

Numer telefonu .....

Adres e-mail .....

Numer fax .....

Numer NIP .....

Numer REGON .....

Numer rejestru podmiotu leczniczego .....

Numer KRS .....

1. Niniejszym zgłaszam gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia ..... r.
2. Niniejszym oświadczam, że:
  - 1) Zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO) w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
  - 2) spełniam niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
  - 3) czuję się związana/y niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
  - 4) zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,

- 5) zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia,
- 6) zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
- 7) zobowiązuję się do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 30 dni licząc od daty dostarczenia do siedziby Udzielającego zamówienia, prawidłowo wystawionej faktury.
- 8) nie zostałam/łem skazana/y za przestępstwo umyślne ani nie toczy się w stosunku do mnie postępowanie karne za przestępstwo umyślne.

9) **posiadam .....- letnie doświadczenie w udzielaniu świadczeń w zakresie przedmiotowego konkursu,**

10) posiadam kwalifikacje:

Nr prawa wykonywania zawodu: .....

Wykształcenie: .....

Specjalizacje: .....

.....

Inne: .....

.....

3. Proponuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu ofert, obowiązujące w okresie obowiązywania umowy.

• **Świadczenie usług lekarskich w godzinach 8.00-8.00 (dyżur 24h) w wysokości:**

..... zł brutto za każdą zakończoną godzinę świadczenia usług w dni powszednie,

..... zł brutto za każdą zakończoną godzinę świadczenia usług w sobotę, niedzielę i święta, w tym: opis badań TK, RTG, USG ze wszystkich Oddziałów Szpitalnych PCM Sp. z o.o.

**Oferowana liczba godzin w miesiącu** .....

**Opis badań z Izby Przyjęć, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

..... zł - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

..... zł - opis badania RTG

..... zł - wykonywanie i opis badań USG

..... zł - opis badania trauma scan

**Opis badań wykonanych w trybie ambulatoryjnym**

..... zł - wykonanie i opis badania USG

..... zł - opis badania RTG

..... zł - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

- **Świadczenie usług lekarskich w godzinach 8.00-20.00 (zgodnie z harmonogramem świadczenia usług) w wysokości:**

..... zł/h

**Oferowana liczba godzin w miesiącu** .....

**Opis badań z Izby Przyjęć, Szpitalnego Oddziału Ratunkowego**

..... zł - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

..... zł - opis badania RTG

..... zł - wykonywanie i opis badań USG

..... zł - opis badania trauma scan

**Opis badań wykonanych w trybie ambulatoryjnym**

..... zł - wykonanie i opis badania USG

..... zł - opis badania RTG

..... zł - opis jednej okolicy anatomicznej w badaniu TK

.....  
Podpis Oferenta