

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

OFERTA

W związku z konkursem ofert nr **SPZOZ/ŚZ/4/2017** ogłoszonym przez Dyrektora SPZOZ w Sanoku na wykonywanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy wg zadań:

Zad. 1 Świadczenia lekarskie w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej SP ZOZ w Sanoku.

Zad. 2 Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń w Pracowni Tomografii Komputerowej SP ZOZ w Sanoku tzw. „dyżur pod telefonem” .

Nazwa Oferenta:

.....
Nr wpisu do CEIDG lub KRS :

.....
NIP.....REGON.....
Adres działalności gospodarczej:

.....
Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem działalności gospodarczej):

.....
Telefon kontaktowy:

.....
Nr wpisu do właściwego rejestru działalności leczniczej:

.....
Adres zamieszkania oferenta

Składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

zad. 1 Świadczenia lekarskie w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej SP ZOZ w Sanoku
(w godz. 07.30-15.05) tj. : Pracowni RTG, Pracowni TK, Pracowni USG
(minimum 7 godz. dziennie, raz w tygodniu)* .

..... od..... do.....

..... od..... do.....

***szczegółowy harmonogram udzielania świadczeń zostanie ustalony w umowie.**

za **1 opis i interpretację** wyniku badania w **Pracowniach: TK, RTG** oraz za **1wykonanie, opis i interpretację** wyniku badania w **Pracowni USG** jak również konsultacja zinterpretowanego już wyniku badania w wysokości jak poniżej:

Badania TK kręgosłupa szyjnego, piersiowego, lędźwiowego -zł

(słownie:.....)

Badanie TK głowy, twarzoczaszki urazowej, zatok -zł

(słownie:.....)

Badanie TK twarzoczaszki miękotkankowej, układu ruchu (mięśniowo-szkieletowego), HRCT uszu -zł

(słownie:.....)

Badanie TK szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy -zł

(słownie:.....)

Badanie angio – TK, wirtualna endoskopia (kolonoskopia, bronchoskopia)zł.

(słownie:.....)

Badanie RTG klasyczne -zł.

(słownie:.....)

Badanie RTG klasyczne kontrastowe -zł.

(słownie:.....)

Badanie USGzł.

(słownie:.....)

Badanie USG Dopplerzł.

(słownie:.....)

konsultacja zinterpretowanego już wyniku badania -zł.

(słownie:.....)

Zad. 2 Pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń w Pracowni Tomografii Komputerowej SP ZOZ w Sanoku tzw. „dyżur pod telefonem”.

Stawkę za 1 godzinę pozostawania w gotowości do udzielania świadczeń tzw., „dyżur pod telefonem” w Pracowni T K w wysokości :

(słownie:.....)

<u>Dyżur pod telefonem</u>	
<u>Proponowana miesięczna liczba dyżurów w dni powszednie</u>	<u>Proponowana miesięczna liczba dyżurów w sobotę, niedziele, święta i dni wolne od pracy</u>

Proponuję okres obowiązywania umowy (min. 24-m-ce) :m-cy.

W załączeniu przedkładam*:

1. **Załącznik nr 1** - Lista personelu, który będzie udzielał przedmiotowych świadczeń zdrowotnych w ramach złożonej oferty.
2. **Załącznik nr 2** – Oświadczenie nr 1 – w zakresie ZUS , US.
3. **Załącznik nr 3** – Oświadczenie nr 3 – dotyczy oferenta korzystającego z zasobów innych podmiotów w celu realizacji zamówienia.
4. **Załącznik nr 4** - Oświadczenie nr 4 – dotyczy oferenta korzystającego z własnych pracowników w celu realizacji zamówienia
5. **Załącznik nr 5** - Oświadczenie nr 5 – w zakresie BHP,PPOŻ, medycyna pracy.
6. Kserokopia wpisu do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą – dokument potwierdzający formę wykonywanej działalności leczniczej.
7. Kserokopia wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenia z ewidencji działalności gospodarczej (CEIDG) – dokument potwierdzający status prawny oferenta.

8. Kserokopie dokumentów uprawniających do wykonywania świadczeń : prawo wykonywania zawodu, dyplom specjalizacyjny, w przypadku rozpoczęcia specjalizacji – kserokopia karty specjalizacyjnej, kserokopie dodatkowych kwalifikacji, uprawnień.

** w przypadku, gdy Udzielający zamówienia w swojej dokumentacji posiada już któryś z wyżej wymienionych dokumentów(aktualny), Przyjmujący zamówienie w przypadku jego niezałączenia do oferty zobowiązany jest do przedłożenia oświadczenia o tym, że dokumenty uwzględnione w punkcie/punktach nie uległy zmianie, są aktualne i znajdują się w posiadaniu Udzielającego zamówienia.*

Niniejszym, oświadczam, że:

1. Zapoznałem/am/ się ze Szczegółowym Warunkami Konkursu Ofert i przyjmuję go bez zastrzeżeń.
2. Zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert.
3. Złożoną ofertą pozostanę związany przez 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. W momencie podpisania umowy dostarczę dokument potwierdzający, że podmiot jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej zgodnie z ustawą o działalności leczniczej.
6. Akceptuję okres obowiązywania umowy : min.24 m-ce od daty zawarcia umowy.

.....dnia.....

.....
/pieczętka i podpis oferenta/

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów ogłoszonego konkursu ofert (zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997r.tj. Dz. U. 2014.1182 z późn. zm.)

.....
(podpis)