Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr SPZOZ/ŚM/DO/K/3/2023

FORMULARZ OFERTOWY

na wykonywanie świadczeń zdrowotnych - badań
rezonansu magnetycznego na rzecz pacjentów
SP ZOZ w Sanoku.

Imię i nazwisko / nazwa zakładu oferenta: .....

Adres i siedziba Wykonawcy: .....

Województwo……..…

Tel. / fax.: ….....

adres e-mail: ……

NIP: .....

REGON: .....

Numer wpisu do właściwego rejestr.....……...

Kryteria oceny: CENA - JAKOŚĆ – KOMPLEKSOWOŚĆ – DOSTĘPNOŚĆ - CIĄGŁOŚĆ

1. **Zgodnie z wymogami określonymi w SWKO składam następującą ofertową cenę:**

L.p.	Nazwa świadczenia /każdorazowo badanie rezonansem magnetycznym (MR) wraz z opisem/	Proponowana cena brutto za jedno badanie z opisem (niezależnie od oznaczonego trybu wykonania badania)*
A.	MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	
B.	MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
C.	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	
D.	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	
E.	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
F.	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
G.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	
H.	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	

I.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
J.	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
K.	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	
L.	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	
M.	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
N.	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
O.	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	
P.	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	
Q.	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	
R.	MR badanie czynnościowe mózgu	
S.	Spektroskopia - MR	
T.	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	
U.	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
V.	MR badanie piersi	

** Podana cena obejmuje badanie kompletne, jeżeli zatem istnieje potrzeba jego powtórzenia cena ofertowa winna obejmować powtórzenie. Podana cena obejmuje wszelkie koszty związane z realizacją danego badania z opisem i wyczerpuje wszelkie roszczenia Przyjmującego zamówienie z tego tytułu.*

2. **W zakresie kolejnych kryteriów (w kolejności: jakość, kompleksowość, dostępność oraz ciągłość)** oświadczam, iż:

a. W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam ……letnie doświadczenie.

b. Proponuje następujące warunki dla Udzielającego zamówienie w zakresie realizacji usług stanowiących przedmiot niniejszego postępowania **(wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”)** :

1. Spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w niniejszych SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług, w szczególności zapewnię personel o odpowiednich kwalifikacjach, w tym personel lekarski – **……**

2. Spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w niniejszych SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług, w szczególności zapewnię personel o odpowiednich kwalifikacjach, w tym personel lekarski, **oraz dodatkowo** oferuję ułatwienia w postaci zagwarantowania Udzielającemu zamówienia każdorazowej możliwości telefonicznego potwierdzenia o fakcie dokonania opisu danego badania oraz jego udostępnianiu lub dostarczeniu w uzgodniony z Udzielającym zamówienia sposób – **……..**

3. Spełniam i akceptuję wymogi stawiane wszystkim oferentom w niniejszych SWKO w zakresie warunków i terminów świadczenia usług, w szczególności zapewnię personel o odpowiednich kwalifikacjach, w tym personel lekarski, **oraz dodatkowo** oferuję ułatwienia w postaci zagwarantowania Udzielającemu zamówienia każdorazowej możliwości telefonicznego potwierdzenia o fakcie dokonania opisu danego badania oraz jego udostępnianiu lub dostarczeniu w uzgodniony z Udzielającym zamówienia sposób **oraz kolejno** możliwość każdorazowo konsultacji telefonicznych personelu lekarskiego Udzielającego zamówienia ze specjalistycznym personelem lekarskim Przyjmującego zamówienie, wykonującym opisy badań stanowiących przedmiot zamówienia – **……..**

c. W zakresie realizacji przedmiotu zamówienia Udzielający zamówienia przyznaje punkty za gotowość Przyjmującego zamówienie do realizacji przedmiotu zamówienia we wskazanym zakresie:(**wybrać jedną odpowiedź (wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”**):

1) Zapewnię możliwość kierowania pacjentów i zlecania badań w dni powszednie od poniedziałku do piątku, z wyłączeniem dni ustawowo wolnych od pracy, przez co najmniej 8 godzin dziennie - **…….**
2) Zapewnię możliwość kierowania pacjentów i zlecania badań przez wszystkie dni w tygodniu, w tym dni ustawowo wolne od pracy, przez co najmniej 8 godzin dziennie - **……..**
3) Zapewnienie możliwości kierowania pacjentów i zlecania badań we wszystkie dni tygodnia, w tym w dni ustawowo wolne od pracy, całodobowo - **……**

d. W zakresie terminowości realizacji świadczeń proponuje następujące warunki (**wybrać jedną odpowiedź poprzez postawienie znaku „X”):**

1) Badania wykonywane będą do 2 dni roboczych od skierowania (zlecenia), natomiast opisy badań w trybie planowym będą przekazywane Udzielającemu Zamówienia do 4 dni roboczych od wykonania badania, zaś w trybie pilnym (na „CITO”) do 24 godzin od wykonania badania w dni robocze w zadeklarowanym czasie przyjmowania kierowanych pacjentów - **……**

2) Badania wykonywane będą do 2 dni roboczych od skierowania (zlecenia), natomiast opisy badań w trybie planowym będą przekazywane Udzielającemu Zamówienia do 3 dni roboczych od wykonania badania, zaś w trybie pilnym (na „CITO”) do 24 godzin od wykonania badania w dni robocze w zadeklarowanym czasie przyjmowania kierowanych pacjentów – **……**

3) Badania wykonywane będą do 2 dni roboczych od skierowania (zlecenia), natomiast opisy badań w trybie planowym będą przekazywane Udzielającemu Zamówienia do 2 dni roboczych od wykonania badania, zaś w trybie pilnym (na „CITO”) w tym samym dniu w którym zostało wykonane badanie – **……**

4) Badania wykonywane będą do 2 dni roboczych od skierowania (zlecenia), natomiast opisy badań w trybie planowym będą przekazywane Udzielającemu Zamówienia do 3 dni roboczych od wykonania badania, zaś w trybie pilnym (na „CITO”) do 120 minut od wykonania badania – **……**

3. **Przyjmujący zamówienie oświadcza, że będzie udzielał świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania w:**

……
/adres miejsca wykonywania badań rezonansu magnetycznego/

Najkorzystniejszą ofertą będzie oferta zawierająca najwyższą liczbę punktów, **za wszystkie łącznie ocenione kryteria (max 100 pkt.).**

W ramach składanej oferty oświadczam, iż:

1. Zapoznałem się z szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz oświadczam, że posiadam wszelkie informacje niezbędne do właściwego wykonania zamówienia.

2. W zaoferowanych powyżej cenach oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia oraz obciążenia podatkowe.

3. Zawarty w szczegółowych warunkach konkursu projekt umowy (załącznik nr 2) został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.

4. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia i wymaganiami Udzielającego Zamówienia określonymi w SWKO i umowie.

5. Oświadczam, że badania i opisy wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa i wymogami NFZ.

6. Do nadzorowania i wykonania umowy oraz bieżących kontaktów z Udzielającym Zamówienia upoważniony/a będzie Pan/Pani…… tel.:…….., fax.:……..

7. Załącznikami do oferty są:

1)……
2)……
3)……
4)……
5)……
6)……
7)……
8)……

..... ……
(data, miejscowość) *(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta)*