

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 rejestru

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/	Ilość* /szacunkowa ilość badań - 24 miesiące/	Cena jednostkowa** brutto /niezależnie od oznaczonego trybu wykonania badania/
A.	MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	800	
B.	MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	300	
C.	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	400	
D.	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	100	
E.	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	40	
F.	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	10	
G.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	20	

H.	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	10	
I.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5	
J.	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5	
K.	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	10	
L.	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	5	
M.	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	50	
N.	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5	
O.	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	200	
P.	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	10	
Q.	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	5	
R.	MR badanie czynnościowe mózgu	5	
S.	Spektroskopia - MR	5	
T.	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	5	
U.	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	5	
V.	MR badanie piersi	10	

Cena łącznie zł

(suma wartości wszystkich ww. badań z opisem, przy czym wartość jednego rodzaju badania z opisem jest równa iloczynowi ceny jednostkowej brutto i ilości badań)

Podane ceny zawierają wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu umowy, w tym koszt zapewnienia transportu sanitarnego pacjenta do miejsca wykonywania badań i powrotnie do siedziby Udzielającego zamówienia.

** Wskazane ilości badań są szacunkowe. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo realizowania usług w ilościach uzależnionych od rzeczywistych potrzeb, w tym do ograniczenia zamówienia w zakresie rzeczowym i ilościowym przy zachowaniu cen jednostkowych.*

*** 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, w tym koszty transportu pacjenta do i z miejsca udzielania świadczeń, 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 posiadamletnie 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 wykonania opisu danego badania –

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 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) Zapewnię 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 2 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.).

Brak dyspozycji dla któregośkolwiek z kryteriów oceny, wskazanie więcej niż jednej odpowiedzi dla kryterium jakości, kompleksowości, dostępności, ciągłości lub brak wskazania miejsca udzielania świadczeń, będzie skutkował automatycznie odrzuceniem takiej Oferty jako niezgodnej z wymogami SWKO.

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 określonych w nim warunkach oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Gwarantuję wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu konkursu i wymaganiami Udzielającego Zamówienia określonymi w SWKO i w 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.:....., email.:.....
7. Załącznikami do oferty są:
 - 1).....
 - 2).....
 - 3).....
 - 4).....

5).....

6).....

7)

8)

.....
(data, miejscowość)

.....
(podpis i pieczęć osoby/osób uprawnionych
do reprezentowania Oferenta)