**Załącznik nr 2**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ dn. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_r.

**OD:**

NAZWA Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ADRES Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NUMER telefonu Przyjmującego zamówienie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres poczty elektronicznej Przyjmującego zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko, telefon osoby do kontaktu Przyjmującego zamówienie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

## OFERTA

**DLA: WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU**

**59-900 Zgorzelec, ul. Lubańska 11/12**

**tel. 571 334 686 fax 75 77 50 173**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na:

wykonywanie opisów badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego w oparciu o system teleradiologii dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

**-** oferujemy:

**Opisy badań rozliczane według następujących stawek:**

**a) Opis badania TK w trybie planowym – ……….. zł brutto / szt.**

**b) Opis badania TK w trybie pilnym – ……….. zł brutto / szt.**

**c) Opis badania TK w trybie CITO-CITO – ……….. zł brutto / szt.**

**d) Opis badania MR w trybie planowym – ……….. zł brutto / szt.**

**e) Opis badania MR w trybie pilnym – ……….. zł brutto / szt.**

**f) Opis badania onkologicznego – ……….. zł brutto / szt.**

**g) Opis badania onkologicznego/TK/MR porównawczego zwiększa wartość stawki w zależności od trybu o +……% ceny danego opisu badania / szt.**

**h) Opis badania onkologicznego/TK/MR angio zwiększa wartość stawki w zależności od trybu o +……% ceny danego opisu badania / szt.**

**i) Minimalne ryczałtowe wynagrodzenie …… zł brutto / miesiąc**

**j) wsparcie techniczne …… zł brutto / miesiąc**

**k) wdrożenie DICOM …… zł brutto**

**2. Adres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

**3. Osobą upoważnioną do reprezentowania firmy Przyjmującego zamówienie w niniejszym postępowaniu jest - \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na podstawie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (wskazać dokument i załączyć do oferty).**

**4. Oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami konkursu wraz z projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.**

**5. Oświadczam, iż pozostanę związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.**

**6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.**

**7. Wyznaczam osobę odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy – tj. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (proszę podać imię, nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy, e-mail kontaktowy).**

**8. Oświadczam, iż posiadam wykwalifikowany personel (posiadający doświadczenie i wiedzę) zdolny do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.**

**WYKAZ OSÓB, które będą udzielać** świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisów badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) w oparciu o system teleradiologii dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **Kwalifikacje zawodowe** | **informacje o podstawie do dysponowania osobami (np. umowa o pracę, umowa cywilno-prawna)** |
| **1** |  |  |  |
| **2** |  |  |  |
| **3** |  |  |  |
| **4** |  |  |  |
| **5** |  |  |  |
| **6** |  |  |  |
| **7** |  |  |  |
| **8** |  |  |  |
| **9** |  |  |  |
| **10** |  |  |  |
| **11** |  |  |  |

**9. Oświadczam, iż posiadam sprzęt niezbędny do świadczenia usług w zakresie wskazanym w konkursie - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami NFZ i MZ.**

\_\_\_\_\_\_\_\_­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez Przyjmującego zamówienie*