

Pieczęć firmowa

**SP ZOZ Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
Aleja Legionów 10
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań tomografii komputerowej** dla pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu.
NOP/ŚZ/4/2017

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....
.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 5.10.2017 r. na: "**Badania tomografii komputerowej dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu**".

<i>Lp.</i>	<i>Nazwa badania</i>	<i>Cena jednostkowa brutto</i>	<i>Okres oczekiwania na wynik</i>
1.	Badanie TK głowy – bez środka kontrastowego		
2.	Badanie TK głowy – ze środkiem kontrastowym w tym badanie wielofazowe		
3.	Badanie TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego		
4.	Badanie TK innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowym w tym badania wielofazowe		
5.	Badanie TK dwóch przyległych okolic anatomicznych bez środka kontrastowego		
6.	Badanie TK dwóch przyległych okolic anatomicznych ze środkiem kontrastowym		

7.	Badanie angiograficzne TK		
8.	Perfuzja TK		
9.	Kolonoskopia wirtualna TK		
10.	Wirtualna bronchoskopia TK		
11.	TK serca – Koronarografia TK + Calcium Score		
12.	TK serca – Calcium Score		
13.	Biopsja pod kontrolą TK		

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

2. Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod adresem:
.....
3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
4. Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
5. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie badań mammograficznych.
6. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
8. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
 - 1) termin realizacji – 24 miesiące, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.
 - 2) forma i termin płatności faktur (nie krótszy niż **30 dni**): przelew: dni.
9. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
10. Oświadczam, że posiadamy w zakresie swojej działalności dostęp do Portalu Potencjału udzielony przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem zamówienia.
11. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Udzielającego Zamówienie dla potrzeb przeprowadzonego zapytania ofertowego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Wykaz złożonych dokumentów:

- 1)
- 2)
- 3)

.....
Podpis osoby upoważnionej