

**FORMULARZ OFERTOWY SKŁADA SIĘ ZE WZORU OFERTY I WZORÓW
ZAŁĄCZNIKA NR 5,6,7 ORAZ 9**

.....
/ miejscowość, data /

OFERTA

PRZEDMIOTEM NINIEJSZEJ OFERTY JEST UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI TOMOGRAFEM
KOMUTEROWYM U DZIECI, W ZNIECZULENIU OGÓLNYM, W TRYBIE
PILNYM - 7 DNI W TYGODNIU 24 GODZINY NA DOBĘ NA RZECZ PACJENTÓW
ODDZIAŁU PEDIATRYCZNEGO ZESPOŁU PUBLICZNYCH ZAKŁADÓW OPIEKI
ZDROWOTNEJ W OTWOCKU, ZWANEGO DALEJ „UDZIELAJĄCYM
ZAMÓWIENIA”.

NAZWA PODMIOTU WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZA

.....
.....

ADRES:

**NUMER WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ:**

NUMER KRS:

NUMER REGON:

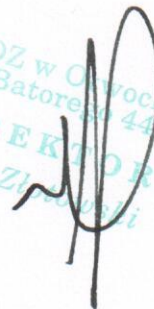
NUMER NIP:

/ potwierdzone wypisem z właściwego rejestru zakładu opieki zdrowotnej, krajowego rejestru
sądowego i dokumentem nadania nr REGON z urzędu statystycznego oraz NIP, - załączniki 1, 2,
3 i 4 do oferty/

UPOWAŻNIONYM DO WYSTĘPOWANIA W IMIENIU PODMIOTU WYKONUJĄCEGO
DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ JEST:

.....

ZPZOZ w Otwocku
ul. Batoreska 44
DYREKTOR
Artur Złobowski

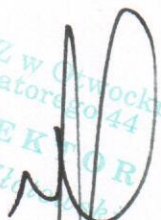


**WYKAZ BADAŃ Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM WRAZ Z CENAMI
JEDNOSTKOWYMI**

| LP. | TOMOGRAFIA KOMPUEROWA | ILOŚĆ | CENA JEDNOSTKOWA (BRUTTO) | WARTOŚĆ BRUTTO |
|-----|--|-------|---------------------------------|-------------------|
| 1 | Głowa | 10 | | |
| 2 | Tomografia Komputerowa perfuzji mózgu | 10 | | |
| 3 | Twarzoczaszka | 10 | | |
| 4 | Zatoki | 10 | | |
| 5 | Szyja | 10 | | |
| 6 | Krtąń, nosogardło | 10 | | |
| 7 | SPC - kręgosłup szyjny | 10 | | |
| 8 | SPT - kręgosłup piersiowy | 10 | | |
| 9 | SPL - kręgosłup lędźwiowy | 10 | | |
| 10 | Klatka piersiowa (w tym HRCT) | 10 | | |
| 11 | Tomografia Komputerowa perfuzja płuc | 10 | | |
| 12 | Jama brzuszna | 10 | | |
| 13 | Trójfazowa jama brzuszna | 10 | | |
| 14 | Miednica tkanki miękkie | 10 | | |
| 15 | Angio Głowa - badanie tętnic | 10 | | |
| 16 | Angio Głowa - badanie żył i zatok mózgu | 10 | | |
| 17 | Angio kończyn dolnych | 10 | | |
| 18 | Angio TK jamy brzusznej i miednicy mniejszej | 10 | | |
| 19 | Jama brzuszna + miednica | 10 | | |
| 20 | Znieczulenie ogólne w TK dla dzieci | 10 | | |
| 21 | kontrast doustny | 10 | | |
| 22 | kontrast dożylny 50ml | 10 | | |
| 23 | kontrast dożylny 100ml | 10 | | |
| 24 | kontrast dożylny 150ml | 10 | | |

- Wyszczególniona w załączniku nr 4 szacowana ilość badań służy tylko do określania wartości oferty. Ilości badań w trakcie trwania umowy mogą ulec zmianie.
- Dostarczanie wykonanych badań zapisanych na nośnikach CD lub DVD – każde badanie na oddzielnym nośniku, oraz na żądanie lekarza kierującego na kliszach.

ZPZOZ w Orłowie
ul. Batorskiego 44
DYREKTOR
Artur Złotowski




Wzór załącznika nr 6 do oferty

INFORMACJA O SPRZĘCIE I APARATURZE MEDYCZNEJ PRZEZNACZONEJ DO WYKONANIA BADAŃ Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM U DZIECI W ZNIECZULENIU OGÓLNYM, W TRYBIE PILNYM – 7 DNI W TYGODNIU 24 GODZINY NA DOBĘ

| Lp | RODZAJ SPRZĘTU LUB APARATURY MEDYCZNEJ | ROK PRODUKCJI | PARAMETRY I DANE TECHNICZNE | ATESTY, ZEZWOLENIA |
|----|--|---------------|-----------------------------|--------------------|
| 1. | | | | |
| 2. | | | | |
| 3. | | | | |
| 4. | | | | |
| 5. | | | | |
| 6. | | | | |
| 7. | | | | |

ul. Bałucka 14
DIREKTOR
Artur Zieliński

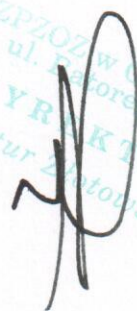


Wzór załącznika nr 7 do oferty

INFORMACJA O KWALIFIKACJACH I UPRAWNIENIACH OSÓB ZATRUDNIONYCH PRZY WYKONYWANIU BADAŃ Z ZAKRESU DIAGNOSTYKI TOMOGRAFEM KOMPUTEROWYM U DZIECI W ZNIECZULENIU OGÓLNYM, W TRYBIE PILNYM – 7 DNI W TYGODNIU 24 GODZINY NA DOBĘ

| Lp. | Osoby wykonujące zawód medyczny w/g rodzaju zawodu | Ilość osób zatrudnionych przez oferenta |
|-----|--|---|
| 1. | | |
| 2. | | |
| 3. | | |
| 4. | | |
| 5. | | |
| 6. | | |
| 7. | | |
| 8. | | |

ZPZOZ w Otwocku
ul. Fabryczna 44
DYREKTOR
Artur Zlotowski



PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE OŚWIADCZA, IŻ:

1. Zapoznał się z treścią:
 - a) ogłoszenia,
 - b) kryteriami oceny ofert i warunkami wymaganymi od PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE,
 - c) wzorem umowy na świadczenia medyczne w zakresie tomografii komputerowej u dzieci, w znieczuleniu ogólnym, w trybie pilnym – 24 h przez 7 dni w tygodniu,
 - d) regulaminem komisji konkursowej.
2. Spełnia warunki określone w rozdziale I, zawartym w „Kryteriach oceny ofert i warunkach wymaganych od PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE”
3. Posiada uprawnienia do wykonywania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem.
4. PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE zobowiązuje się do wykonywania wszystkich badań określonych w załączniku nr 5 do oferty.
5. Akceptuje warunki umowy zaproponowane przez Udzielającego Zamówienia dla potrzeb niniejszego konkursu ofert.
6. Materiały używane do wykonania zamówienia zostały dopuszczone do obrotu i spełniają wymagania określone w przepisach szczególnych.
7. Zobowiązuje się do rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia – w pełnym zakresie od dnia 21.11.2011 r. do dnia 31.08.2013 r. tj. na czas trwania umowy.
8. Świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem udzielać będzie niezwłocznie po uprzednim telefonicznym zgłoszeniu.
9. Wynik zostanie udostępniony w dniu badania.
10. Posiada aktualne ubezpieczenie OC, (kopia polisy lub oświadczenie o jej posiadaniu stanowi **załącznik nr 8** do oferty), przy czym jeśli oferent złoży oświadczenie to zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy nie później niż w dniu poprzedzającym udzielanie świadczeń zdrowotnych.
11. Dysponuje następującymi środkami łączności:
telefon nr....., fax.....e-mail.....
inne

Oferent zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji dotyczących Udzielającego zamówienia, o których dowiedział się w związku z przystąpieniem do niniejszego konkursu, a których ujawnienie stanowiłoby czy nieuczciwej konkurencji.

.....
/data, podpis oferenta –osoby upoważnionej/


DIREKTOR
Artur Plotowski