



**SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
„SZPITAL POWIATOWY” IM. BŁ. MARTY WIECKIEJ
W BOCHNI**

32-700 Bochnia, ul. Krakowska 31

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELENIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Oznaczenie oferenta:

.....
.....

Adres oferenta:

.....

(nazwa i siedziba zakładu opieki zdrowotnej oraz numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej, lub imię i nazwisko, adres oraz numer wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu)

Adres do korespondencji:

.....

.....Tel.

UWAGA:

1. Ofertę należy złożyć na niniejszym formularzu.
2. Formularz powinien być wypełniony czytelnie za pomocą środków o charakterze trwałym.
3. Do oferty należy załączyć:
 - kserokopię zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, REGON, NIP lub wyciąg z CEIDG zawierający w/w dane / KRS,
 - kserokopię odpisu z właściwego rejestru,
4. Dokumenty świadczące o kwalifikacjach (dotyczy podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji)- tj. prawo wykonywania zawodu, dyplom ukończenia studiów, dyplomy specjalizacyjne lub kartę szkolenia specjalizacyjnego, referencje oraz inne dokumenty mogące mieć wpływ na wybór oferenta – proszę załączyć do oferty i wymienić w spisie załączników do niniejszej oferty.
5. wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych oraz Oświadczenie zgodności danych przedkładanych przez oferenta pod rygorem odpowiedzialności karnej- **dotyczy podmiotów leczniczych będących przedsiębiorcą, spółką cywilną, inną spółką handlową.**
6. Nie dostarczenie dokumentów poświadczających posiadane kwalifikacje spowoduje odrzucenie oferty.



I. ZA REALIZACJĘ ZAMÓWIENIA OCZEKUJĘ ZAPŁATY WG NASTĘPUJĄCYCH STAWEK:

- za wykonywanie badań ECHOKARDIOGRAFICZNYCH

..... za badanie wykonane na rzecz pacjentów oddziałów szpitalnych (za wyjątkiem pacjentów oddziału wewnętrznego) i innych komórek organizacyjnych Szpitala

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 35,00 zł
(słownie zł)

..... za badania odpłatne
(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 40,00 zł

- za wykonywanie USG jamy brzusznej za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 23,00 zł

- za wykonywanie USG gruczołów sutkowych za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 23,00 zł

- za wykonywanie USG jader za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 17,50 zł

- za wykonywanie USG tarczycy za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 18,00 zł

- za wykonywanie USG węzłów chłonnych i innych narządów lub zmian położonych powierzchownie

..... za badanie
(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 21,00 zł

- za wykonywanie USG klatki piersiowej za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 21,00 zł

- za wykonywanie USG pachwin za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 17,50 zł

- za wykonywanie USG narządów ruchu za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 23,00 zł

- za wykonywanie USG Dopplera ruchu za badanie

(słownie zł)

cena brutto za badanie nie może przekraczać kwoty 55,00 zł

II. Minimalna ilość oferowanych godzin w stosunku miesięcznym oraz dni przeznaczone na realizację świadczeń zdrowotnych, które nie będą kolidowały z usługami świadczonymi na rzecz innych świadczeniodawców:

.....

.....

.....

.....

.....



Oświadczam, że :

- 1) świadczenia wykonywane będą w SP ZOZ w Bochni „Szpital Powiatowy” im. bł. Marty Wieckiej przy wykorzystaniu aparatury i sprzętu medycznego znajdującego się w dyspozycji udzielającego zamówienia,
- 2) w przypadku wyboru mojej oferty, zobowiązuję się do zawarcia umowy oraz przystąpienia do realizacji zamówienia,
- 3) wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych: imienia, nazwiska oraz danych dotyczących wykonywania zawodu oraz telefonu stacjonarnego i komórkowego oraz adres e-mail wyłącznie dla celów realizacji umowy.

.....
Data

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

oraz, że zapoznałem się z treścią:

- 1) ogłoszenia,
- 2) przepisów ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,
- 3) szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO),
- 4) projektem umowy i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń

UWAGA : W przypadku wyboru oferty i zawarcia umowy na ofercie ciąży obowiązek zawarcia umowy ubezpieczenia na warunkach określonych ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

Załącznikami do niniejszej oferty są :

1.
2.
3.
4.
5.

Data :

Podpis i pieczęć oferenta :