

Znak sprawy: KO-4/RTG/TK/USG/2023

..... dnia .....  
pieczęć Oferenta

**OFERTA NA ZADANIA:**

**Zadanie Nr 1:**

*Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu diagnostyki obrazowej dla pacjentów Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju.*

**Zadanie Nr 2:**

*Udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego Certyfikat Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego uprawniający do samodzielnego wykonywania badań ultrasonograficznych w zakresie pediatrii dla pacjentów Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju.*

**I. DANE OFERENTNA**

1. Pełna nazwa firmy(lub imię i nazwisko)  
.....
2. Adres z kodem .....
3. tel. .... e-mail .....
4. NIP ..... REGON .....
5. Zarejestrowany w .....  
pod numerem .....

**II. PRZEDMIOT OFERTY**

**Zadanie Nr 1:**

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę z zakresu diagnostyki obrazowej dla pacjentów Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy im. Jana i Ireny Rudników w Rabce-Zdroju, w dniu/dniach: .....
2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą wykonywane przez wykwalifikowanego lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz obowiązującymi w Polsce przepisami.
3. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, BHP, p.poz., z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
4. Gwarantuję ciągłość świadczeń zdrowotnych w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienia.

**Zadanie Nr 2:**

1. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza posiadającego Certyfikat Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego uprawniający do samodzielnego wykonywania badań ultrasonograficznych w zakresie pediatrii, w dniu/dniach: .....
2. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą wykonywane przez wykwalifikowanego lekarza posiadającego odpowiednie uprawnienia do wykonywania zawodu, zgodnie z wymaganiami określonymi w ogłoszeniu o konkursie ofert oraz obowiązującymi w Polsce przepisami.
3. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, BHP, p.poz., z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.



### III. WARTOŚĆ OFERTY

#### Zadanie Nr 1:

- 1) oferuję stawkę za jeden dzień wykonywanych świadczeń zdrowotnych dla pacjentów hospitalizowanych w Oddziałach/Poradniach Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdroju, w tym za wykonanie i opis badania tomografii komputerowej oraz umiejętności wykonania biopsji transtorakalnej u chorych zakwalifikowanych do tego rodzaju badania, w wysokości: ..... zł brutto (słownie: .....),
- 2) cenę jednostkową za wykonanie badania tomografii komputerowej wraz z opisem, realizowanych pacjentom w ramach umowy z MOW NFZ o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna (świadczenia diagnostyczno-kosztochłonne) ..... zł brutto (słownie: .....),
- 3) cenę jednostkową za opis standardowego zdjęcia radiologicznego w wysokości: ..... zł brutto (słownie: .....),
- 4) cenę jednostkową za wykonanie badania ultrasonograficznego wraz z opisem w wysokości: ..... zł brutto (słownie: .....).

#### Zadanie Nr 2:

- 1) oferuję cenę jednostkową za wykonanie badania ultrasonograficznego wraz z opisem pacjentom hospitalizowanym w Oddziałach/Poradniach Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc Oddział Terenowy w Rabce-Zdroju, w wysokości: ..... zł brutto (słownie: .....).

### IV. ISTOTNE WARUNKI UMOWY

1. Oświadczam, że aplikuję istotne dla Udzielającego zamówienia postanowienia zawarte we wzorze umowy i zobowiązuję się do jej zawarcia na warunkach określonych w niniejszym wzorze w przypadku wyboru mojej oferty.
2. Zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy oraz dostarczenia kopii polisy Udzielającemu zamówienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy, w przypadku wyboru mojej oferty.
3. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych w terminach określonych przez Udzielającego zamówienie.

### V. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW KONKURSU

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz wzorem umowy i nie zgłaszam zastrzeżeń.
2. Termin ważności oferty wynosi 30 dni od upływu terminu do składania oferty.

### VI. ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

.....  
podpis Oferenta