



**SZPITAL
W PUSZCZYKOWIE**

Załącznik nr 4 do Zarządzenia Nr 41/2024
Prezesa Zarządu Szpitala w Puszczykowie
w sprawie ogłoszenia konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych

FORMULARZ OFERTOWY

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

NAZWISKO I IMIĘ (NAZWA) OFERENTA:

ADRES PROWADZENIA DZIAŁALNOŚCI:

ADRES ZAMIESZKANIA (LUB DO KORESPONDENCJI)

NIP

REGON

TELEFON KONTAKTOWY

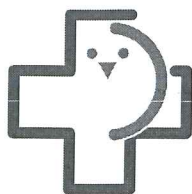
Przystępując do konkursu ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie:

BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

oferuję realizację przedmiotu postępowania konkursowego zgodnie z opisem zawartym w szczegółowych warunkach konkursu ofert za cenę, stanowiącą % wyceny badań ustalonego na podstawie ceny bazowej

Procedura badania RM	Cena bazowa
Głowa	483,00 zł
Głowa + CE	907,50 zł
Głowa + veno	1 027,50 zł
Głowa + angio	1 027,50 zł
Głowa + angio + veno (bez podania CE)	1 027,50 zł
Głowa + angio + CE	1 453,50 zł
Głowa + angio + veno + CE	1 453,50 zł
Przysadka mózgowa + CE	1 159,50 zł
Głowa + I odc. Kręgosłupa	1 027,50 zł

Szpital w Puszczykowie im. Prof. S. T. Dąbrowskiego Spółka Akcyjna
ul. Kraszewskiego 11, 62-041 Puszczykowo
telefon: 61- 89-84-000, fax: 61- 89-84-209
KRS : 0000536731
NIP : 777-27-54-458, REGON: 634552438
www.szpitalpuszczykowo.pl



**SZPITAL
W PUSZCZYKOWIE**

Kręgosłup I odcinek	483,00 zł
Kręgosłup II odcinki	817,50 zł
Kręgosłup III odcinki	1 575,00 zł
Stawy krzyżowo-biodrowe	694,50 zł
Twarzoczaszka + CE	907,50 zł
Szyja + CE	1 150,50 zł
Splot barkowy	694,50 zł
Jama brzuszna + CE	1 159,50 zł
Jama brzuszna + MRCP + CE	1 159,50 zł
MRCP	694,50 zł
Miednica + CE	1 159,50 zł
Prostata + CE	1 159,50 zł
Miednica + prostata + CE	1 453,50 zł
Stopa/dłoń	694,50 zł
Stawy (jeden staw: kolanowy, barkowy, biodrowy, łokciowy, nadgarstek, skokowy)	694,50 zł
Badanie naczyniowe bez kontrastu	519,00 zł
Kontrast	200,00 zł

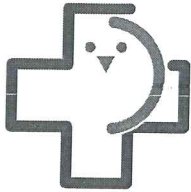
% wyceny dla wszystkich badań

Składający ofertę oświadcza, że:

1. Zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia oraz warunki konkursu i projekt umowy
2. Jest gotowy wykonywać umowę na udzielanie świadczeń w okresie **6** miesięcy od dnia jej zawarcia

Ponadto składający ofertę oświadcza, że:

1. Załączniki do oferty stanowią wszystkie kompletne dokumenty potwierdzające spełnienie wymogów określonych w rozdziale III warunków konkursu ofert
2. Posiada zawartą umowę ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/ zobowiązuje się do zawarcia umowy od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej oraz dostarczenie kopii polisy Udzielającemu zamówienia przed przystąpieniem do realizacji umowy.
- 3.



**SZPITAL
W PUSZCZYKOWIE**

DODATKOWE UMIEJĘTNOŚCI I KWALIFIKACJE :

.....
...
.....
....

ZAŁĄCZNIKI DO OFERTY:

- a) Kopia dyplomu/ uprawnień do wykonywania zawodu,
- b) Kopia dyplomu poświadczającego ukończoną specjalizację (dotyczy lekarzy specjalistów)/ inne dokumenty potwierdzające kwalifikacje,
- c) Kopia innych dokumentów personelu medycznego:
 - aktualne orzeczenie lekarskie,
 - aktualne orzeczenie lekarskie do celów sanitarno – epidemiologicznych,
 - zaświadczenie o szczepieniach WZW typu B;
 - zaświadczenie z Krajowego Rejestru Karnego lub rejestru karnego innego państwa zgodnie z przepisami art. 21 ustawy z dnia 13 maja 2016 r. o przeciwdziałaniu zagrożeniom przestępczością na tle seksualnym i ochronie małoletnich
- d) Kopia poświadczeń o ważności przeglądów technicznych (oświadczenie wykonującego przegląd, raport serwisu, paszport techniczny) sprzętu,
- e) Odpis informacji z CEDG,
- f) Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
- g) Kopia polisy odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z realizacją umowy zgodnie z przepisem art. 25 ustawy o działalności leczniczej/ oświadczenie o przedłożeniu polisy przed przystąpieniem do realizacji umowy,

.....
Podpis i pieczęć składającego
ofertę