

OFERTA KONKURSOWA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu opisów badań
diagnostycznych, w oparciu o teleradiologię

1. Dane o ofercie

Nazwa firmy

Siedziba firmy.....

Numer wpisu do rejestru

Osoba reprezentująca oferenta

REGON.....

NIP.....

Kod świadczeniodawcy (nr umowy z NFZ)-jeżeli dotyczy.....

*/Nazwa banku.....

*/Numer rachunku bankowego.....

Numer telefonu

Adres e mail do korespondencji

**1 należy wpisać nazwę banku i nr rachunku bankowego do rozliczeń w zakresie świadczeń objętych postępowaniem konkursowym*

2. Określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz personelu wykonującego badanie, a także dokumenty rejestrowe

- a) Informację odpowiadającą aktualnemu odpisowi z Krajowego Rejestru Sądowego lub z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
- b) zaświadczenie o nadaniu nr NIP i REGON**/
- c) oświadczenie oferenta stanowiące **załącznik nr 3**,
- d) oświadczenie oferenta stanowiące **załącznik nr 4**,
- e) oświadczenie o akceptacji projektu umowy **załącznik nr 5**.

***/kopie dokumentów wymagają uwierzytelnienia przez instytucje wydające, notariusza, Dział Zamówień i Sprzedaży Świadczeń Zdrowotnych Zespołu Opieki Zdrowotnej w Suchej Beskidzkiej, osobę upoważnioną do reprezentowania firmy lub Radcę Prawnego*

3. Proponowane ceny jednostkowe brutto za opis badania oraz określenie czasu oczekiwania na opis badania :

Lp.	Nazwa badania- opis	Tryb opisu badania								Wartość ogółem				
		Zwykły		Pilny		Nagły		Ogółem wartość pakietu						
		Przewidywan a miesięczna ilość badań	Cena jedn. brutto	Miesięczna wartość brutto	Przewidywan a miesięczna ilość badań	Cena jedn. brutto	Miesięczna wartość brutto		Przewidywa na miesięczna ilość badań		Cena jedn. brutto	Miesięczn a wartość brutto		
1	TK głowy	40			5			20						
2	TK jednej okolicy anatomicznej	60			5			5						
3	Tk dwóch okolic anatomicznych	40			10			5						
4	TK trzech okolic anatomicznych	10			10			5						
5	Angio TK	20			10			10						
6	Wykonanie opisu badania TK porównawcze/onkologiczne	20			10			20						
7	RTG – 1 okolicy anatomiczna	1000			10			10						
8	Mammografia diagnostyczna	100			10			10						

Słownie:.....

Proponowany czas oczekiwania na opis:

- 1 Czas oczekiwania na opis badania w trybie zwykłym.....
- 2 Czas oczekiwania na opis badania w trybie pilnym.....
- 3 Czas oczekiwania na wynik badania w trybie nagłym.....

.....
miejscowość, data

.....
podpis Oferenta