



## OFERTA – Formularz ogólny

**SAMODZIELNY PUBLICZNY  
ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ NR 1  
W RZESZOWIE  
35-051 RZESZÓW  
UL. CZACKIEGO 3**

### **UWAGA !**

Wypełnia w całości i podpisuje Oferent.

Pełna nazwa Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa: .....

.....

Posiadający prawo wykonywania zawodu nr: .....,

wydane przez: .....

Wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod nr: .....

prowadzonego przez: .....

Wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej pod nazwą:

.....

.....

Adres Oferenta :

Kod pocztowy ..... miejscowość.....

ul. .... nr.....

tel. .... fax.....

Bank.....

Nr konta .....

NIP..... REGON.....

I. 1. Zgłaszam gotowość złożenia oferty w konkursie ofert dot. zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie leczenia szpitalne oraz ambulatoryjna opieka specjalistyczna w dziedzinie radiologii i diagnostyki obrazowej w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej – Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia USG i Pracownia RTG w ramach podstawowego funkcjonowania Pracowni i w ramach całodobowego zabezpieczenia świadczeń zdrowotnych (dyżury medyczne) oraz w Pracowni RTG i Pracowni USG w Przychodniach Specjalistycznych nr 1, nr 2 i nr 3 w Rzeszowie – wykonywanie badań USG oraz badań RTG, tj.:

- a). na wykonywanie kompleksowych badań diagnostycznych z opisem w zakresie tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i RTG w dni robocze w godzinach podstawowego funkcjonowania Pracowni, tj. w godz. 7,00 – 17,00,
- b). na wykonywanie kompleksowych badań diagnostycznych z opisem w ramach dyżurów medycznych, tj. w godz. 17,00 – 7,00 w dni robocze oraz w godz. 7,00 – 7,00 soboty, niedziele i święta,
- c). wykonywanie badań USG Doppler duplex w Pracowni USG w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie,
- d). wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach funkcjonowania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego planującego i koordynującego proces leczenia onkologicznego (Konsylium),
- e). wykonywanie badań USG z opisem oraz RTG z opisem w Przychodniach Specjalistycznych nr 1, nr 2 i nr 3 w Rzeszowie.

2. Proponuję kwotę należności za realizację zamówienia w wysokości:

- a). ..... zł. brutto za 1 badanie TK głowy z opisem w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,
- b). ..... zł. brutto za 1 badanie TK naczyniowe z opisem w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,,
- c). ..... zł. brutto za 1 badanie TK politrauma (wielonarządowe) z opisem [rozliczeniu podlega wykonanie badań maksymalnie trzech odcinków ciała (w tym TK głowy) dla jednego pacjenta w danym dniu] w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,
- d). ..... zł. brutto za 1 badanie TK jama brzuszna + miednica z opisem (dotyczy badań dla pacjentów hospitalizowanych) w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,
- e). ..... zł. brutto za 1 pozostałe badanie TK z opisem w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,,
- f). ..... zł. brutto za 1 badanie TK dwóch okolic anatomicznych z opisem (dotyczy badań skierowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej) w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,,
- g). ..... zł. brutto za 1 badanie TK trzech lub więcej okolic anatomicznych z opisem (dotyczy badań skierowanych z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej), w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,

- h)..... zł. brutto za 1 badanie MR głowy (twarzoczaszki, przysadki, oczodoły, kości skroniowych, zatoki, mózgu i pnia mózgu), MR jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego,
- i)..... zł. brutto za 1 badanie MR jednej okolicy anatomicznej nieujętej w pozostałych pkt, angiografia MR,
- j)..... zł. brutto za 1 badanie MR stawu, kości długich i tkanek miękkich,
- k).....zł. brutto za 1 badanie MR dwóch stawów, kości długich i tkanek miękkich,
- l). ..... zł. brutto za 1 badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa,
- m). ..... zł. brutto za 1 badanie MR trzech odcinków kręgosłupa,
- n). .....zł. brutto za 1 badanie MR dwóch okolic anatomicznych nieujętych w pozostałych pkt,
- o). .....zł. brutto za 1 badanie MR trzech okolic anatomicznych nieujętych w pozostałych pkt,
- p). ..... zł. brutto za 1 badanie MR jednej okolicy anatomicznej + MRCP,
- r). ..... zł. brutto za 1 badanie - Artrografia MR,
- s). .....zł brutto za podanie kontrastu do artrografii MR,
- t). ..... zł. brutto za 1 badanie RTG z opisem zdjęć w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze,
- u). ..... zł. brutto za 1 badanie RTG z opisem zdjęć w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej w Rzeszowie w godz. od 7,00 do 18,00 w dni robocze,
- v). ..... zł. brutto za 1 badanie USG Doppler duplex z opisem,
- w). ..... zł. brutto za 1 badanie USG z opisem,
- x). ..... zł. brutto za 1 badanie USG z opisem – brzuch, tarczyca,
- y). ..... zł. brutto za 1 badanie USG stawu i układ mięśniowo-szkieletowy (mięśnie, ścięgna), szyja i inne nietypowe
- z). ..... zł. brutto za 1 badanie USG z opisem dla pacjentów nie posiadających właściwego skierowania,
- aa). ..... zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w czasie dyżuru medycznego w dni robocze
- ab). ..... zł. brutto za 1 godzinę świadczenia usług w czasie dyżuru medycznego w soboty, niedziele i święta,
- ac).....zł brutto za opracowanie schematu leczenia dla jednego pacjenta w ramach funkcjonowania wielodyscyplinarnego zespołu terapeutycznego planującego i koordynującego proces leczenia onkologicznego (Konsylium),
- ad). ..... zł. brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych w godz. od 7,00 do 17,00 w dni robocze w przypadku zmniejszenia liczby wykonywanych

badania/procedur w razie ogłoszenia/wprowadzenia stanu epidemii lub innych stanów nadzwyczajnych na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej skutkujących zmniejszeniem liczby wykonywanych badań po porozumieniu **Udzielającego zamówienia z Przyjmującym zamówienie** nastąpi ustalenie terminu obowiązywania (od..... do ..... ) zmiany zasad rozliczenia świadczeń z rozliczenia za badania/procedury na rozliczenie za godzinę świadczenia usług.

W przypadku skierowania z ambulatoryjnej opieki specjalistycznej rozliczeniu podlega tylko 1 badanie dla jednego pacjenta w danym dniu.

Przy wykonaniu więcej niż 1 badania z zakresu MR głowy dla jednego pacjenta w danym dniu, rozliczenie stanowi dwukrotność wartości jednego badania MR głowy.

## **II. Imię, nazwisko i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń**

### **zdrowotnych:**

- a). .....
- b). .....
- c). .....
- d). .....
- e). .....

## **III. Oferent oświadcza, iż:**

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza zastrzeżeń, w przypadku przyjęcia oferty deklaruje gotowość podpisania umowy niezwłocznie od daty rozstrzygnięcia postępowania.
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie – Pracownia Tomografii Komputerowej, Pracownia Rezonansu Magnetycznego, Pracownia RTG i Pracownia USG w Szpitalu Miejskim w Rzeszowie, Pracownia RTG i Pracownia USG w Przychodniach Specjalistycznych nr 1, nr 2 i nr 3 w Rzeszowie, tj. w miejscu wskazanym przez Udzielającego zamówienia oraz przy użyciu sprzętu należącego do Udzielającego zamówienia.
3. Posiada wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz prowadzi działalność gospodarczą wpisaną do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej zgodnie z danymi wymienionymi na wstępie niniejszej oferty.
4. Posiada kwalifikacje i uprawnienia konieczne do wykonywania zadań będących przedmiotem zamówienia.
5. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie osobiście.

6. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) zgodnie z obowiązującymi przepisami. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc w terminie określonym we wzorze umowy.)
7. Oświadcza iż w okresie 5 lat poprzedzających dzień rozstrzygnięcia niniejszego postępowania konkursowego SP ZOZ nr 1 w Rzeszowie nie **rozwiązał / rozwiązał\*** z nim umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem niniejszego postępowania w trybie natychmiastowym z przyczyn leżących po stronie oferenta.
8. Deklaruje liczbę wykonywania świadczeń zdrowotnych godzin w tygodniu ..... oraz pełnienie dyżurów medycznych.
9. Zakres posiadanych kwalifikacji udokumentował załącznikami.
10. W przypadku nie rozstrzygnięcia konkursu z powodu wysokości stawek wynagrodzenia zgłaszam gotowość do przeprowadzenia negocjacji cenowych.
11. Spełnia wszystkie wymagania zawarte w warunkach uczestnictwa w postępowaniu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

Załączniki do oferty :

- |   |   |                  |
|---|---|------------------|
| 1 | Oświadczenie o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia oraz warunków konkursowych,  | - załącznik nr 1 |
| 2 | Wpis do właściwego rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą  | - załącznik nr 2 |
| 3 | Kwalifikacje zawodowe – uwierzytelniona kserokopia: dyplomu ukończenia studiów, dyplomu specjalizacji, prawa wykonywania zawodu | - załącznik nr 3 |
| 4 | Skrócony przebieg pracy   | - załącznik nr 4 |
| 5 | Warunki i miejsce udzielanych świadczeń   | - załącznik nr 5 |
| 6 | Oświadczenie o pozostawaniu w dyspozycyjności   | - załącznik nr 6 |
| 7 | Proponowany czas trwania umowy  | - załącznik nr 7 |
| 8 | Wpis do CEIDG   | - załącznik nr 8 |
| 9 | Potwierdzenie numeru REGON  | - załącznik nr 9 |

data .....

.....

Pieczętka i podpis Oferenta