

O F E R T A z dnia

do postępowania konkursowego nr **KUM/33/2023**

NAZWA UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIA:

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Lubartowie,
ul. Cicha 14, 21-100 Lubartów

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....
.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:

.....
.....**PESEL:**.....

tel.

email

DRUKOWANYMI LITERAMI

ADRES DO DORECZEŃ:

.....

REGON **NIP**

**NR WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ
LECZNICZĄ**

Składam ofertę cenową w następującym zakresie:

Nazwa usługi	Wynagrodzenie brutto za udzielania świadczeń zdrowotnych*)
WYKONYWANIE USŁUG LEKARSKICH W ZAKRESIE ŚWIADCZEŃ MEDYCZNYCH WRAZ Z PEŁNIENIEM DYŻURÓW W DNI ROBOCZE POZA GODZINAMI NORMALNEJ ORDYNACJI TJ. W GODZINACH OD 15.00 DO 7:25/8.00 DNIA NASTĘPNEGO ORAZ CAŁODOBOWO W SOBOTY, NIEDZIELE I ŚWIĘTA ORAZ W DNI WOLNE OD PRACY W ZAKŁADZIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ W SAMODZIELNYM PUBLICZNYM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ W LUBARTOWIE, WG HARMONOGRAMU OKREŚLONEGO MIESIĘCZNYM GRAFIKIEM	Wg poniższego podziału na poszczególne badania

nazwa badania	wynagrodzenie brutto za 1 badanie
USG dopplerowskie	..... zł brutto
USG w opcji B-mode	..... zł brutto
TK politrauma	..... zł brutto
TK głowy bez kontrastu	..... zł brutto
TK głowy bez i z kontrastem	..... zł brutto
TK w opcji angiograficznej (jedna ok.)	..... zł brutto
TK kręgosłupa szyjnego	..... zł brutto
TK kręgosłupa piersiowego	..... zł brutto
TK kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	..... zł brutto
TK klatki piersiowej bez kontrastu	..... zł brutto
TK klatki piersiowej bez i z kontrastem	..... zł brutto
TK jamy brzusznej i miednicy bez kontrastu	..... zł brutto
TK jamy brzusznej i miednicy bez i z kontrastem	..... zł brutto
TK innej ok. anatomicznej bez kontrastu	..... zł brutto
TK innej ok. anatomicznej z kontrastem	..... zł brutto
TK dwóch ok. anatomicznych z kontrastem	..... zł brutto
TK dwóch ok. anatomicznych bez kontrastu	..... zł brutto
RTG klatki piersiowej	..... zł brutto
RTG kręgosłupa szyjnego	..... zł brutto

RTG kręgosłupa piersiowego	..... zł brutto
RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	..... zł brutto
RTG obu dłoni	..... zł brutto
RTG obu stóp	..... zł brutto
RTG obu stawów biodrowych	..... zł brutto
RTG obu stawów kolanowych	..... zł brutto
RTG obu stawów skokowych	..... zł brutto
RTG obu stawów barkowych	..... zł brutto
RTG obu nadgarstków	..... zł brutto
RTG obu stawów krzyżowo-biodrowych	..... zł brutto
RTG obu stawów łokciowych	..... zł brutto
RTG pozostałe (pojedyncze stawy, kości)	..... zł brutto
Badania głowy i kręgosłupa rezonansem magnetycznym bez kontrastu	..... zł brutto
Badania głowy i kręgosłupa rezonansem magnetycznym z kontrastem	..... zł brutto
Pozostałe badania rezonansem magnetycznym z kontrastem i bez kontrastu (np. stawy, jama brzuszna, miednica)	..... zł brutto
Nadzór nad badaniami rezonansu magnetycznego w Pracowni Rezonansu Magnetycznego, przy wymaganiach min. 20 godz. miesięcznie	..... zł brutto za 1 godzinę
dyżur w dni robocze poza godzinami normalnej ordynacji tj. w godzinach od 15.00 do 7:25/8.00 dnia następnego oraz całodobowy dyżur w soboty, niedziele i święta oraz w dni wolne od pracy.	.....zł brutto za 1 godzinę dyżuru

Lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/33/2023:

Numer zadania/ zadań	Imię i nazwisko	Numer prawa wykonywania zawodu	Kwalifikacje
			Specjalizacja, stopień, dziedzina w trakcie specjalizacji

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektami umów i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Oferuję wykonywanie objętych ogłoszeniem świadczeń zdrowotnych na rzecz Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, zgodnie z warunkami zawartymi w szczegółowych warunkach konkursu.
3. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
4. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanych świadczeń zdrowotnych i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy* lub zobowiązuję się do zawarcia umowy ubezpieczenia z obowiązkiem przedłożenia jej w dniu ewentualnego podpisania umowy.*
5. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
6. Oświadczam, że zapewniam jakość, kompleksowość, dostępność i ciągłość udzielanych świadczeń zdrowotnych.

*) niepotrzebne skreślić

.....
Miejscowość i data

.....
podpis Przyjmującego zamówienie