

**O F E R T A** z dnia .....

do postępowania konkursowego nr **KUM/39/2023**

**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:**

<b>Zadanie nr 1</b>	<b>Wynagrodzenie brutto za udzielanie świadczeń zdrowotnych*)</b>
Udzielanie lekarskich świadczeń zdrowotnych w ramach <b>Zakładu Diagnostyki Obrazowej</b> Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Lubartowie	Wg poniższego podziału na poszczególne badania
<b>nazwa badania</b>	<b>wynagrodzenie brutto za 1 badanie/1 godzinę w przypadku nadzoru nad badaniami</b>
Badanie RTG	..... zł brutto
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 bez kontrastu	..... zł brutto
TK dwóch ok. anatomicznych z kontrastem	..... 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	..... zł brutto za 1 godzinę

<b>Zadanie nr 2</b>	
Wykonywanie usług w zakresie świadczeń medycznych przez technika elektroradiologii w <b>Zakładzie Diagnostyki Obrazowej</b> w Samodzielnym Publicznym Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Lubartowie, w systemie całodobowym wg harmonogramu określonego miesięcznym grafikiem w dni robocze, soboty, niedziele i święta oraz dni wolne od pracy.	
<b>Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>wynagrodzenie brutto za 1 godzinę wykonywania usług w zakresie świadczeń medycznych</b>
Pracownia Rentgenodiagnostyki	..... zł brutto
Pracownia Tomografii Komputerowej	..... zł brutto
Pracownia Rezonansu Magnetycznego – badania podstawowe (głowa, kręgosłup, stawy)	..... zł brutto
Pracownia Rezonansu Magnetycznego – pełny zakres badań	..... zł brutto

**Lista osób udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach składanej oferty do postępowania konkursowego nr KUM/39/2023:**

<b>Numer zadania/zadań</b>	<b>Imię i nazwisko</b>	<b>Numer prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Kwalifikacje</b>
			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**

