

ofertowego  
Pieczęć firmowa

**SP ZOZ Wojewódzki Szpital  
Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu  
Aleja Legionów 10  
41-902 Bytom**

## FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący całodobowego wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych rezonansem magnetycznym dla pacjentów planowych i nagłych, kierowanych w przypadku serwisowania lub awarii rezonansu magnetycznego Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu: NP/ŚZ/4/2019.

### NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....  
.....

### SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....  
.....

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

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

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ: .....

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 14.05.2019 r. na: *"Całodobowe wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań diagnostycznych rezonansem magnetycznym dla pacjentów planowych i nagłych, kierowanych w przypadku serwisowania lub awarii rezonansu magnetycznego SPZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu"*.

Formularz cenowy

Lp.	Rodzaj badania MR (nazwa badania rezonansem magnetycznym)	Szacunkowa ilość badań w okresie 12 miesięcy	Cena jednostkowa brutto za 1 badanie MR z transportem na siedząco (w zł)	Miejsce wykonywania badania (adres pracowni MR Wykonawcy)	Odległość pracowni MR od siedziby Zamawiającego (w km)	Łączna cena brutto zamówionych badań MR
1.	Rezonans magnetyczny mózgu/pnia, kanału kręgowego układu mięśniowo-szkieletowego – bez kontrastu	60				
2.	Rezonans magnetyczny mózgu/pnia, kanału kręgowego układu mięśniowo-szkieletowego – z kontrastem	30				
3.	Rezonans magnetyczny badanie innych narządów i części ciała – bez kontrastu	10				
4.	Rezonans magnetyczny badanie innych narządów i	20				

	części ciała – z kontrastem				
5.	Angiografia MR – bez kontrastu	15			
6.	Angiografia MR – z kontrastem	1			
7.	Rezonans magnetyczny serca	1			
8.	Rezonans magnetyczny kręgosłupa – dwa odcinki	1			
9.	Rezonans magnetyczny dwóch okolic anatomicznych z kontrastem	25			
RAZEM:					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

2. Opisane ilości badań są ilościami szacunkowymi i nie mogą stanowić podstawy do kierowania jakichkolwiek roszczeń Wykonawcy wobec Zamawiającego z tytułu realizacji mniejszej lub większej ilości badań. Zamawiający zastrzega prawo ograniczenia lub rozszerzenia zakresu zamówienia, zgodnie z rzeczywistym zapotrzebowaniem.
3. Wykonawca zapewni możliwość wykonania badań MR całodobowo.
4. W razie zaistnienia konieczności wykonania innego rodzajowo badania rezonansem magnetycznym, niewymienionego w Formularzu cenowym, Wykonawca zobowiązany jest do niezwłocznego i elastycznego reagowania na rzeczywiste potrzeby Zamawiającego.
5. Miejsce świadczenia usług musi znajdować się w odległości nie większej niż 25 km od siedziby Zamawiającego.
6. Transport pacjentów Zamawiającego do miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych będzie realizowany przez Zamawiającego. Transport pacjentów w pozycji siedzącej bez noszowego wliczony w cenę badania.
7. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
8. Oświadczam, że akceptujemy zapisy projektu umowy i zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
9. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia – badań diagnostycznych rezonansem magnetycznym.
10. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
11. Oświadczam, że dysponujemy pomieszczeniami, środkami łączności oraz aparaturą i sprzętem medycznym umożliwiającymi realizację świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansem magnetycznym.
12. Oświadczam, że ceny przedstawione w formularzu cenowym nie wzrosną w okresie obowiązywania umowy.
13. Oświadczam, że zobowiązujemy się do wykonania czynności będących przedmiotem zamówienia z zachowaniem należytej staranności, zasadami dobrej praktyki lekarskiej i etyki lekarskiej, aktualnej wiedzy medycznej i poszanowaniem praw pacjenta określonych w ustawie z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. z 2017 r. poz. 1318 z późn. zm.).
14. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej

należyte wykonanie zamówienia.

15. Posiadamy polisę OC potwierdzającą, że jesteśmy ubezpieczeni od odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności związanej z przedmiotem zamówienia.
16. Posiadamy w zakresie swojej działalności dostęp do Portalu Potencjału udzielony przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem zamówienia.
17. Posiadamy Certyfikat Systemu Zarządzania Jakością PN-EN ISO 9001:2009, PN-EN ISO 14001:2005 lub inny dokument potwierdzający wdrożony wewnętrzny system zarządzania jakością wykonywanych świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansem magnetycznym.
18. Oświadczam, że spełniamy warunki określone w powszechnie obowiązujących przepisach prawa, co do możliwości bezpiecznego przetwarzania danych osobowych.
19. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
  - 1) okres oczekiwania na badanie: w przypadku trybu badania „cito” - natychmiastowo, w przypadku trybu badania planowego dla hospitalizowanych pacjentów Zamawiającego – do 48 godzin,
  - 2) czas oczekiwania na wynik badania wraz z opisem i płytą CD od momentu wykonania badania: w przypadku trybu badania „cito” - do 4 godzin, w przypadku trybu badania planowego dla hospitalizowanych pacjentów Zamawiającego – do 24 godzin,
  - 3) termin realizacji – 12 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego,
  - 4) forma i termin płatności faktur: przelew 60 dni.
20. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
21. Oświadczam, że zobowiązujemy się do poddania kontroli prowadzonej przez właściwy Oddział NFZ na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1510 z późn. zm.).
22. Oświadczam, że wyrażamy zgodę na przeprowadzenie kontroli w zakresie realizacji przedmiotu umowy.
23. Oświadczamy, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym na dzień składania oferty, stanem prawnym i faktycznym. Jednocześnie stwierdzamy, że jesteśmy świadomi odpowiedzialności karnej związanej ze składaniem fałszywych oświadczeń.
24. Oświadczam, że przyjmujemy do wiadomości i akceptujemy, że zgodnie z art. 6 ust. 1 lit. b RODO, dane osobowe będą przetwarzane do celów związanych z niniejszym zapytaniem ofertowym i ewentualnym zawarciem umowy na realizację zamówienia, w takim zakresie, w jakim jest to niezbędne dla jego należytego zrealizowania (m.in. zamieszczenia i upublicznienia informacji dot. wyboru oferty najkorzystniejszej). Jednocześnie oświadczamy, że zostaliśmy poinformowani o przysługującym nam prawie dostępu do treści naszych danych oraz ich poprawiania, wycofania zgody na ich przetwarzanie w każdym czasie, jak również, że podanie tych danych było dobrowolne.

### **Wykaz złożonych dokumentów:**

- 1) Polisa OC.
- 2) Wykaz pracowników.
- 3) Zaparafowany projekt umowy na świadczenia zdrowotne.

4) Zaparafowany projekt umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

.....  
Podpis osoby upoważnionej