

SP ZOZ
Zespół Szpitali Miejskich
41-500 Chorzów
ul. Strzelców Bytomskich 11
tel. (32) 34-99-115 fax (32) 2413-952
NIP 627-19-23-530
/pieczęćka firmowa/

Załącznik nr 1 do SWKO

22 LUT. 2018
data sporządzenia (dd/mm/rrrr)

FORMULARZ OFERTOWY

w sprawie umowy na usługi medyczne w zakresie badań – scyntygrafii

1. Dane Oferenta

- 1.1. Samodzielnym Publicznym Zakładem Opieki Zdrowotnej
Zespół Szpitali Miejskich 41-500 Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11
- 1.2. NIP 6271923530
- 1.3. REGON 271503410
- 1.4. Organ rejestrowy i nr wpisu do KRS, bądź ewidencji działalności gospodarczej oraz nr Księgi
Rejestrowej Wojewody KRS 0000011939, RW 000000013027
- 1.5. Nr umowy z NFZ: 121/100010
- 1.6. Adres e-mail zsm@zsm.com.pl
- 1.7. Telefon, fax 32/3499215, fax 32/2413952

2. Odległość od siedziby Zamawiającego 8,7 km (mapa google)

3. W oparciu o ogłoszenie z dnia 12.02.2019 r. Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o. dot. konkursu na wykonywanie badań – medycyny nuklearnej – badania scyntygrafii w zakresie diagnostycznego pakietu onkologicznego w ramach szybkiej terapii onkologicznej opublikowane na tablicy ogłoszeń oraz na stronie internetowej www.zozsiemianowice.pl niniejszym składam ofertę na ww. usługi dla pacjentów Szpitala Miejskiego w Siemianowicach Śląskich Sp. z o.o. w okresie od 01.03.2019 r. do 28.02.2022 r.

Lp.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto za 1 badanie
1.	Scyntygrafia tarczycy Tc-99m	120,00 zł brutto
2.	Scyntygrafia tarczycy I-131 wraz z wyznacznikiem jodochwytności	 zł brutto
3.	Scyntygrafia przytarczycy (SPECT)	520,00 zł brutto
4.	Badanie receptorów somatostyny Tc-99m	 zł brutto
5.	Ocena wielkości przecieku prawo-lewego w obrębie jam serca lub połączeń tętniczo-żylnych jak i wazodilatacji naczyń kapilarnych w krążeniu płucnym	 zł brutto
6.	Wentrykulografia bramkowa	 zł brutto
7.	Scyntygrafia mięśnia sercowego (SPECT – ocena perfuzji spoczynku)	 zł brutto
8.	Limfoscyntygrafia	 zł brutto
9.	Scyntygrafia mózgu (SPECT-badania perfuzji)	 zł brutto
10.	Cystenografia	 zł brutto
11.	Scyntygrafia płuc (perfuzja)	 zł brutto
12.	Scyntygrafia nerek (badanie statyczne)	300,00 zł brutto

13.	Scyntygrafia nerek (sekwencja z testem kaptoprilowym lub furosemidowym)	350,00 zł brutto
14.	Scyntygrafia kości	400,00 zł brutto
15.	Scyntygrafia ślinianek	300,00 zł brutto
16.	Scyntygrafia wątroby (badanie statyczne) + SPECT	450,00 zł brutto
17.	Scyntygrafia wątroby z użyciem znakowanych erytrocytów	450,00 zł brutto
18.	Badanie zarzucania treści żołądkowej do przełyku	 zł brutto
19.	Badanie opróżniania żołądka	 zł brutto
20.	Cholescyntygrafia	700,00 zł brutto
21.	Diagnostyka ektopii błony śluzowej żołądka (przy podejrzeniu uchyłka Meckela)	300,00 zł brutto
22.	Lokalizacja krwawienia z przewodu pokarmowego	700,00 zł brutto
23.	Lokalizacja ognisk zapalnych	 zł brutto
24.	lokalizacja guza chromochłonnego	 zł brutto
25.	Znieczulenie ogólne	250,00 zł brutto

4. Minimalna liczba osób udzielających świadczenia - 3

5. Oświadczam, że:

- 5.1. przez cały okres trwania umowy będę świadczył usługi medyczne w zakresie badań – scyntygrafii;
- 5.2. zapoznałem się z ogłoszeniem, SWKO oraz projektem umowy i nie zgłaszam do nich żadnych zastrzeżeń;
- 5.3. dane przedstawione w ofercie są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
- 5.4. uważam się związany niniejszą ofertą na czas określony w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert, w przedmiocie którego moja oferta dotyczy, tj. przez okres 21 dni od upływu terminu składania ofert;
- 5.5. wszystkie osoby, które będą wykonywać usługi objęte konkursem posiadają odpowiednie kwalifikacje zgodnie z obowiązującymi przepisami;
- 5.6. posiadam aktualne świadectwa BHP oraz sanitarne;
- 5.7. posiadam tytuł prawny do lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne;
- 5.8. posiadam sprzęt i aparaturę medyczną stanowiącą wyposażenie lokali;
- 5.9. spełniam wymogi sanitarno – epidemiologiczne dla pomieszczeń, w których będą wykonywane usługi medyczne.
- 5.10. Oświadczam, iż zapewnię ochronę danych osobowych, do których przetwarzania będę miał dostęp w związku z realizacją umowy zgodnie z obowiązującymi przepisami i podpiszę umowę (Porozumienie o współadministrowaniu) zgodną z Załącznikiem nr 4 do SWKO.

6. Zobowiązuję się:

- 6.1. zamieścić dane z podpisanej umowy w Portalu Świadczeniodawców w ciągu 7 dni;
- 6.2. nadzorować pracę zatrudnionych osób w celu zapewnienia prawidłowego świadczenia usług;
- 6.3. zapewnić wszelkie wyroby, produkty, materiały i środki potrzebne do świadczenia usługi;
- 6.4. spełnić wszystkie wymogi wynikające ze Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.

Załączniki:

1. Kopia zaświadczenia o prowadzeniu działalności gospodarczej, bądź aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej / aktualny odpis KRS.
2. Kopia decyzji o nadaniu numeru NIP (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).

3. Kopia decyzji o nadaniu numeru REGON (w przypadku braku aktualnego wydruku z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej).
4. Kopia aktualnej polisy ubezpieczeniowej OC.
5. Zaakceptowany podpisem projekt umowy – Załącznik nr 2 do SWKO.
6. Cennik badań.
7. Zaakceptowany projekt umowy o współadministrowaniu danymi osobowymi – Załącznik nr 3.

DYREKTORA
ZARZĄDZANIA

.....
pieczęć i czytelny podpis Oferenta
lub osoby upoważnionej
do reprezentacji Oferenta