Nr postępowania: K-13-24

Załącznik nr 1 do SWKO

**I. FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p | Zakres badania | Szacunkowa ilość badań na czas trwania umowy | Cena jednostkowa za badanie | Cena jednostkowa za wykonanie badania pomnożona przez szacunkową ilość w czasie trwania umowy  (kol. 3 x kol. 4)  w PLN | Miejsce wykonywania badań  **(należy podać dokładny adres)** | Czas oczekiwania na badanie MRI od zgłoszenia  (w dniach) | Czas oczekiwania na opis badania MRI  (w dniach) | Odległość w km od miejsca wykonywania badań przez Przyjmującego zamówienie do siedziby Udzielającego zamówienia |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 |
| 1a | Rezonans magnetyczny jamy brzusznej:  bez kontrastu | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 1b | Rezonans magnetyczny jamy brzusznej:  z kontrastem | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 2a | Rezonans magnetyczny głowy:  bez kontrastu | 30 |  |  |  |  |  |  |
| 2b | Rezonans magnetyczny głowy:  z kontrastem | 20 |  |  |  |  |  |  |
| 3a | Rezonans magnetyczny kręgosłupa (1 odcinek):  bez kontrastu | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 3b | Rezonans magnetyczny kręgosłupa (1 odcinek):  z kontrastem | 80 |  |  |  |  |  |  |
| 4a | Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych: bez kontrastu | 250 |  |  |  |  |  |  |
| 4b | Rezonans magnetyczny stawów krzyżowo-biodrowych: z kontrastem | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 5a | Rezonans magnetyczny stawów obwodowych/ kości/ stawów: bez kontrastu | 200 |  |  |  |  |  |  |
| 5b | Rezonans magnetyczny stawów obwodowych/ kości/ stawów: z kontrastem | 50 |  |  |  |  |  |  |
| 6a | Rezonans magnetyczny miednicy:  bez kontrastu | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 6b | Rezonans magnetyczny miednicy:  z kontrastem | 10 |  |  |  |  |  |  |
| 7a | Rezonans magnetyczny kończyny dolnej lub górnej: bez kontrastu | 15 |  |  |  |  |  |  |
| 7b | Rezonans magnetyczny kończyny dolnej lub górnej:  z kontrastem | 15 |  |  |  |  |  |  |
| SUMA (**CENA OFERTY**): | | | |  | X |  |  | X |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Informacje dodatkowe:** | | | | | | | | |
| 1 | Godziny pracy rejestracji pacjentów (godziny od-do) | pn | wt | śr | czw | pt | sb | ndz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Godziny pracy pracowni (godziny od-do) | pn | wt | śr | czw | pt | sb | ndz |
|  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Nr telefonu do rejestracji pacjentów |  | | | | | | |
| 4 | Osoba do kontaktu ws. umowy (imię i nazwisko, nr telefonu, email) |  | | | | | | |
| 5 | Osoba do kontaktu ws. wyniku badania (imię i nazwisko, nr telefonu, email) |  | | | | | | |

......................................................................................

podpis i pieczątka Oferenta lub osoby upoważnionej

**Nr postępowania: K-13-24**

**Przedmiot konkursu: badania MRI**

**Załącznik Nr 2 do SWKO**

FORMULARZ OFERTOWY

# Pełna nazwa oferenta: ……………………………………………………............................…………………………………......

Pełny adres siedziby oferenta (kod pocztowy):.................................................................................................................................

............................................................................................................................................................................................................

**Nr tel/fax, kom**.: .......................................................................**e-mail:**...........................................................................................

nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą: ............................................................................................................................................................................................................

nr statystyczny **REGON:** ..............................................., nr Identyfikacji Podatkowej **NIP:**  ………...…………………...

Nazwisko i imię oraz stanowisko osób uprawnionych do reprezentowania

…………………………………………………………………….....………......................................................……

Nazwa banku, nr rachunku: .............................................................................................................................................................

1. Oświadczam, iż po zapoznaniu się z treścią ogłoszenia, oraz ze Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert nr K-13-24 na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań diagnostycznych MRI realizowanych na rzecz pacjentów Pomorskiego Centrum Reumatologicznego im. dr Jadwigi Titz – Kosko w Sopocie Spółka z o.o. z siedzibą w Sopocie, nie wnoszę do nich zastrzeżeń i składam ofertę na świadczenia medyczne zawarte w Załączniku nr 1 do oferty.
2. Oświadczam w imieniu w/w Oferenta, że jako podmiot wykonujący działalność leczniczą lub osoba legitymująca się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w określonym zakresie lub określonej dziedzinie medycyny, na który składana jest oferta:
3. jestem uprawniony do udzielania świadczeń zdrowotnych zgodnie z przedmiotem niniejszego konkursu, zgodnie z ustawą z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (j.t. Dz.U. z 2023 r. poz. 991) i pozostałych przepisach, w szczególności jestem zarejestrowany we właściwym rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą z zakresem świadczeń zdrowotnych zgodnie ze składaną ofertą;
4. posiadam uprawnienia do występowania w obrocie prawnym, zgodnie z wymogami ustawowymi;
5. posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie oraz potencjał techniczny, a także dysponuję osobami uprawnionymi do wykonywania niniejszego zamówienia, tj.: personelem uprawnionym i zdolnym do wykonywania badań MRI oraz sprzętem niezbędnym do wykonania badań MRI;
6. znajduję się w sytuacji finansowej zapewniającej należyte wykonanie zamówienia;
7. potwierdzam dyspozycyjność / dostępność do świadczeń zdrowotnych / usług zgodnie z zapotrzebowaniem Udzielającego zamówienia.
8. Oświadczam, że liczbę i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych ofertą podaję w **Załączniku nr 3.**
9. Oświadczam, że do wykonywania badań MRI wykorzystam aparaturę i sprzęt wykazany w **Załączniku nr 4.**
10. Oświadczam, że badania zostaną wykonane w miejscach wskazanych w formularzu ofertowo-cenowym, których opis warunków lokalowych zawarty jest w **Załączniku nr 4.**
11. Oferuję realizację usług w okresie **24 miesięcy,** począwszy od dnia podpisania umowy po prawomocnym rozstrzygnięciu konkursu, nie wcześniej jednak niż od dnia 01.06.2024 r.
12. Akceptuję 30 dniowy termin płatności.
13. Oświadczam, że zapoznałem się z warunkami umowy (projektem umowy) i nie wnoszę do niego zastrzeżeń \*/(wniosłem wcześniej propozycje zmian\*). W przypadku wybrania mojej oferty podpiszę proponowaną treść umowy.
14. Oferuję wykonanie usług zdrowotnych ogłoszonych w konkursie ofert za ceny jednostkowe podane w **Załączniku nr 1.**
15. Oświadczam, że uważam się za związanego/ą niniejszą ofertą przez okres 30 dni od terminu składania ofert.
16. Oświadczam, że posiadam aktualne ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności\*/ *lub* oświadczam o zamiarze zawarcia umowy ubezpieczenia OC za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych konkursem ofert, niezwłocznie po zawarciu umowy na świadczenia zdrowotne\*.
17. Oświadczam, że nie jestem:

a) uczestnikiem konkursu, o którym mowa w art. 7 ust. 1ustawy wymienionym w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 lub wpisanym na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy *z* dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę (Dz. U. poz. 835);

b) uczestnikiem konkursu, którego beneficjentem rzeczywistym w rozumieniu ustawy z dnia 1 marca 2018 r. o przeciwdziałaniu praniu pieniędzy oraz finansowaniu terroryzmu (Dz. U. z 2022 r. poz. 593 i 655) jest osoba wymieniona w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisaną na listę lub będąca takim beneficjentem rzeczywistym od dnia 24 lutego 2022 r., o ile została wpisana na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy;

c) uczestnikiem konkursu, którego jednostką dominującą w rozumieniu art. 3 ust. 1 pkt 37 ustawy z dnia 29 września 1994 r. o rachunkowości (Dz. U. z 2021 r. poz. 217, 2105 i 2106), jest podmiot wymieniony w wykazach określonych w rozporządzeniu 765/2006 i rozporządzeniu 269/2014 albo wpisany na listę lub będący taką jednostką dominującą od dnia 24 lutego 2022 r., o ile został wpisany na listę na podstawie decyzji w sprawie wpisu na listę rozstrzygającej o zastosowaniu środka, o którym mowa w art. 1 pkt 3 ustawy.

1. Oświadczam, że wszystkie informacje podane w powyższym oświadczeniu i w pozostałych dokumentach załączonych do oferty są aktualne i zgodne z prawdą oraz zostały przedstawione z pełną świadomością sankcji związanych z odpowiedzialnością za składanie nieprawdziwych dokumentów lub oświadczeń.
2. Przyjmuję do wiadomości, że ilości badań wskazane w Załączniku nr 1 są szacunkowe. Faktyczne ilości wykonywanych badań są uzależnione wyłącznie od potrzeb pacjentów Udzielającego Zamówienia i mogą ulec zmniejszeniu bez konieczności zmiany umowy albo zwiększeniu do 30% w stosunku do wartości umownej na podstawie aneksu do umowy w sytuacjach wynikających z zapotrzebowania Udzielającego zamówienia.

KLAUZULA RODO

Ja, niżej podpisana/-y oświadczam, iż wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dostarczonych przeze mnie w formularzu ofertowym i jego załącznikach, przez spółkę Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o. z siedziba w Sopocie – Administratora Danych Osobowych, w celu:

1. wykorzystania podanych przeze mnie dobrowolnie danych osobowych w celu przeprowadzenia konkursu na udzielanie świadczeń zdrowotnych w spółce Pomorskie Centrum Reumatologiczne im. dr Jadwigi Titz- Kosko w Sopocie Sp. z o.o., na jakie złożyłem/am ofertę konkursową zgodnie z przepisami o ochronie danych osobowych\*\*.

TAK

NIE

.................................................. ......................................................................

data złożenia oświadczenia podpis osoby składającej oświadczenie

Potwierdzam poprawność podanych powyżej moich danych osobowych i dobrowolność ich przekazania.

...................................................................................................

Data i podpis oferenta lub upoważnionego przedstawiciela

\*) *niewłaściwe skreślić*

*\*\*) niewyrażenie zgody wiąże się z niemożliwością wzięcia udziału w konkursie na udzielanie świadczeń zdrowotnych*

**Nr postępowania: K-13-24**

**Przedmiot konkursu: badania MRI**

**Załącznik nr 3 do SWKO**

...........................................

miejscowość, data

**Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających**

**świadczeń zdrowotnych objętych ofertą**

*/sporządza samodzielnie oferent/*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| L.p. | Osoby przeznaczone do  udzielania świadczeń  */imię i nazwisko/* | Kwalifikacje  zawodowe poszczególnych osób |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

......................................................................................................

Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela

**Nr postępowania: K-13-24**

**Przedmiot konkursu: badania MRI**

**Załącznik nr 4 do SWKO**

...........................................

miejscowość, data

*/Sporządza samodzielnie Oferent*/

**Dla oferowanych badań wysokospecjalistycznych użyjemy następującej aparatury i sprzętu medycznego:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj i typ aparatu / sprzętu** | Rok produkcji | **Rodzaj wykonywanego badania** |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |

Opis warunków lokalowych miejsca wykonywania badań wysokospecjalistycznych:

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

....................................................................................................................................................................

......................................................................................................

Data i podpis oferenta lub jego upoważnionego przedstawiciela