Załącznik nr 1

# FORMULARZ OFERTOWY

|  |  |
| --- | --- |
| Przedmiot zamówienia | **WYKONYWANIE**  **OPISÓW BADAŃ TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ**  **W SYSTEMIE TELERADIOLOGII** |
| Udzielający Zamówienie | **Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Międzychodzie**  **ul. Szpitalna 10, 64 – 400 Międzychód**  **tel. 95-748-2011 tel/fax 95-748-2711** |
| Przyjmujący Zamówienie/ OFERENT  pełna nazwa oferenta , adres, tel. , fax  NIP REGON | ......................................................................................................  ......................................................................................................  ......................................................................................................  ........................................ / ...................................... |

Składam ofertę na udzielanie świadczeń medycznych w zakresie wykonywania opisów badań tomografii komputerowej (TK) w systemie teleradiologii.

Jako pojedyncze badanie TK należy rozumieć badanie dotyczące jednej okolicy anatomicznej ustalonej zgodnie z regułami sztuki medycznej, które stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na odcinki anatomiczne oraz kończyna dolna z podziałem na odcinki anatomiczne.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Wyszczególnienie części przedmiotu zamówienia | Jednostka | Cena jednostkowa netto zł | Cena jednostkowa brutto zł | Słownie: |
| 1. | Wykonywanie jednego opisu badania TK **w trybie Planowym**  (do 120 godzin) w systemie teleradiologii | Jedno pojedyncze badanie TK |  |  |  |
| 2. | Wykonywanie jednego opisu badania TK **w trybie PILNYM** (do 6 godzin) w systemie teleradiologii | Jedno pojedyncze badanie TK |  |  |  |
| 3. | Wykonywanie jednego opisu badania TK **w trybie NA RATUNEK** (do 2 godzin) w systemie teleradiologii | Jedno pojedyncze badanie TK |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Termin realizacji zamówienia | Zamówienie w ramach umowy realizowane będzie **w okresie 3 lat** |
| Okres związania ofertą | 30 dni, licząc od daty upływu składania ofert. |
| Oferowany termin płatności | 30 dni |
| Zamówienie zrealizujemy | Sami / z udziałem podwykonawców\* (\* - niepotrzebne skreślić) |
| Umowa | Zobowiązujemy się do podpisania umowy na warunkach zawartych w materiałach konkursowych, w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienie. |

W przypadku wyboru Naszej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązujemy się do zapoznania się i podpisania obowiązujących w SPZOZ Międzychód:

* zasad środowiskowych dla podwykonawców (w załączeniu),
* zasad BHP dla podwykonawców ( w załączeniu),

przed udzieleniem przedmiotowego zamówienia.

Na ..................kolejno ponumerowanych stronach składam całość oferty.

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

Miejscowość i data podpis osoby uprawnionej