***Załącznik nr 1 do SWKO. Dokument stanowiący ofertę, składany w terminie składania ofert!***

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

Dotyczy postępowania konkursowym na: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisów badań TK, RM i RTG w systemie teleradiologicznym** (nr postępowania: **SPZOZ.ZP.2.24.243.1.2025**)

|  |  |
| --- | --- |
| **Dane Identyfikacyjne Oferenta** | |
| Nazwa Oferenta |  |
| Nazwa skrócona: |  |
| Numer statystyczny GUS (REGON): |  |
| Numer Identyfikacji Podatkowej: |  |
| Województwo: |  |
| Miejscowość: |  |
| Gmina: |  |
| Kod terytorialny wg GUS: |  |
| Ulica, nr lokalu |  |
| Telefon: |  |
| FAX: |  |
| e-mail: |  |
| Kod pocztowy: |  |
| Poczta: |  |
| Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej |  |
| Numer wpisu do właściwego rejestru (KRS / wpis do ewidencji działalności gospodarczej ) |  |
| Status Oferenta: |  |
| Nazwisko oraz funkcje osób reprezentujących Oferenta, upoważnionych do podpisania umowy z Zamawiającym: |  |

W odpowiedzi na **Ogłoszenie w sprawie konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych** **z dnia 4.07.2025 r.** oferujemy udzielanie świadczeń będących przedmiotem konkursu, zgodnie z wymaganiami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu (SWKO) wraz z załącznikami w tym wzorem umowy **za następujące ceny jednostkowe** i oświadczamy, że zaoferowane ceny uwzględniają wszystkie koszty realizacji zamówienia:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Tryb planowy\*** | **Tryb pilny\*** | **Tryb cito\*** |
| **TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA** | | | |
| TK głowy |  |  |  |
| TK ortopedyczne (kości, stawów, kręgosłupa -1 odcinek) |  |  |  |
| TK szyi |  |  |  |
| TK klatki piersiowej |  |  |  |
| TK brzucha |  |  |  |
| TK miednicy |  |  |  |
| TK dwóch okolic anatomicznych |  |  |  |
| Trauma scan |  |  |  |
| **REZONANS MAGNETYCZNY** | | | |
| RM głowy |  |  |  |
| RM ortopedyczne (kości, stawów, kręgosłupa-1 odcinek) |  |  |
| RM szyi |  |  |
| RM klatki piersiowej |  |  |
| RM jamy brzusznej |  |  |
| RM miednicy |  |  |
| RM gruczołu krokowego |  |  |
| RM dwóch okolic anatomicznych |  |  |
| **RADIOLOGIA KLASYCZNA** | | | |
| RTG |  |  |  |
|  | | | |
| Badanie porównawcze**\*\*** |  | | |
| Badanie angiograficzne**\*\*** |  | | |
| Badanie onkologiczne**\*\*** |  | | |

**\* należy podać cenę w zł brutto**

**\*\* należy wskazać % wzrostu w stosunku do ceny badania podstawowego**

1. Oświadczamy, że spełniamy wszystkie warunki określone w SWKO i powszechnie obowiązujących przepisach prawa wymagane do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem postępowania.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) ) oraz regulaminem pracy komisji konkursowej i nie wnosimy żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczamy, że wraz ofertą składamy referencje od pomiotów leczniczych w liczbie…….(wpisać ilość referencji) potwierdzające rzetelne i prawidłowe świadczenie usług będących przedmiotem umowy.
4. Oświadczamy, że w przypadku wyboru naszej oferty jako najkorzystniejszej podpiszemy umowę na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 2 do SWKO.
5. Oświadczamy, że akceptujemy 30 dniowy termin związania ofertą, licząc od terminu określonego dla złożenia oferty.
6. Oświadczamy, że akceptujemy następujące terminy wykonania i doręczenia (elektronicznie) opisów poszczególnych badań, liczone od otrzymania obrazu/zlecenia:

RTG w trybie planowym **- do 48 godzin**

TK w trybie planowym **- do 120 godzin**

RM w trybie planowym **- do 360 godzin**

RTG i TK w trybie pilnym **- do 24 godzin**

RM w trybie pilnym **- do 48 godzin**

RTG i TK w trybie CITO **- do 1 godziny w przypadku udaru lub wylewu,**

**w pozostałych przypadkach do 2 godzin.**

1. Oświadczamy, że usługi będące przedmiotem zamówienia będą wykonywane przez 7 dni w tygodniu w tym w dni świąteczne i wolne od pracy, przez 24 godziny na dobę.
2. Oświadczamy, że uprawnienia osób skierowanych do realizacji usług będących przedmiotem zamówienia są aktualne i że nie toczy się w stosunku do nich postępowanie wyjaśniające przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani postępowanie przygotowawcze.
3. Oświadczamy, że posiadamy aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (OC) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości ……………..(wpisać sumę ubezpieczenia) obejmującą usługi lekarskie świadczone przez osoby skierowane do realizacji zamówienia. Kopię polisy OC wraz z dowodem opłacenia składki składam wraz z ofertą.
4. Oświadczamy, że wszystkie umowy zawarte z podmiotami leczniczymi w zakresie objętym przedmiotem zamówienia były i są realizowane przez nas należycie i w ciągu ostatnich 5 lat przed terminem składania ofert nie rozwiązano z nami umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie odpowiadającym przedmiotowi niniejszego konkursu bez zachowania okresu wypowiedzenia z przyczyn leżących po naszej stronie.
5. Oświadczamy, że dostawca systemu teleradiologicznego na którym pracujemy posiada wdrożony, funkcjonujący i certyfikowany System Zarządzania Bezpieczeństwem Informacji potwierdzający spełnianie wymagań normy ISO/IEC 27001:2022 lub innej równoważnej co najmniej w zakresie projektowania, tworzenia, testowania, dokumentowania i wdrażania oprogramowania dla radiologii, diagnostyki obrazowej, teleradiologii oraz archiwizacji udostępniania dokumentacji medycznej w tym obrazów medycznych, z wykorzystaniem technologii chmurowych oraz metod sztucznej inteligencji a oferent jest w stanie uzyskać i przedstawić stosowny certyfikat na żądanie Udzielającego zamówienia.
6. Oświadczamy, że pomieszczenia w których będą wykonywane świadczenia objęte przedmiotem zamówienia spełniają wymogi Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 czerwca 2012 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2012 r. poz. 739).
7. Oświadczamy, że monitory opisowe spełniają wymagania Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 lutego 2011 w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego (Dz. U. z 2017 r. poz. 884 z późn. zm.).

*/miejscowość i data/ /pieczęć i podpis lub elektroniczny podpis osoby lub osób uprawnionych do reprezentowania Oferenta/*