FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...……..……

kod pocztowy …….……..…… miejscowość …….……..……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…….……..……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej. …..……

W załączeniu przedkładam:*

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Wypis z CEIDG lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej ”Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne”.
4. Decyzję o nadaniu Numeru u „REGON”.
5. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem wraz z kompletem dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje.
6. Zaświadczenie lekarskie o zdolności do pracy

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Udzielający Zamówienia przyjmuje, że minimalna liczba osób niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej to 1 osoba.

Proponowane ceny brutto

Lp.	**Rodzaj świadczenia**	Ilość pkt/badań/przyjazd w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w PLN zł za jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ/badanie/ zabieg/ świadczenie
1.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ za opisane badanie tomografii komputerowej		
2.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ za opisane badanie rezonansu magnetycznego		
3.	Jeden opis badania mammograficznego		
4.	Jedno badanie rtg jednej okolicy (narządu) wraz z opisem (w tym badania zabiegowe)		
5.	Jeden zabieg mammograficznej biopsji stereotaktycznej		
6.	Biopsja momotomiczna wspomagana próżnią pod kontrolą mammografu		
7.	Jedna biopsja cienkoigłowa		
8.	Jedna biopsja gruboigłowa pod kontrolą TK		
9	Jedna biopsja gruboigłowa pod kontrolą USG		
10.	Jedno badanie USG piersi – świadczenia realizowane w ramach kontraktu z NFZ		

11.	Jedno badanie USG piersi – świadczenia dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia		
12.	Zakładanie kotwicy w miejscu guza do zabiegu operacyjnego pod kontrolą mammografu		
13.	Zakładanie kotwicy w miejscu guza do zabiegu operacyjnego pod kontrolą USG		
14.	Godzinę świadczenia usług – prowadzenia badań w Pracowni Diagnostyki Obrazowej Centrum		
15.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ za konsultację opisanego przez rezydenta badania tomografii komputerowej		
16.	Jedną konsultację opisanego przez rezydenta badania mammograficznego		
17.	Jedną konsultację opisanego przez rezydenta badania rtg jednej okolicy (narządu) wraz z opisem (w tym badania zabiegowe)		
18.	Zdalne opisywanie badań (za jedno badanie)		
19.	Przyjazd na wezwanie poza godzinami pracy PDO (za jeden przyjazd)		

Maksymalna wartość umowy:.....brutto

Kontynuacja świadczeń w KCO:

Ilość **lat**..... **miesięcy**....., **dni**.....

1. W przypadku obniżenia w umowie Centrum z NFZ lub innego płatnika, ilości punktów lub ich ceny zostanie obniżona wartość umowy, poprzez proporcjonalne obniżenie ceny lub ilości punktów, zmiana zostanie wprowadzona Aneksem do umowy.
2. Wynagrodzenie wynikające z przedmiotu z umowy będzie rozliczone zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa w zależności od podmiotu przyjmującego zamówienie.
3. Za realizację przedmiotu zamówienia zgodnie z ofertą, przyjmuje się termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania prze Katowickie Centrum Onkologii, faktury (rachunku) wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

…….
(pieczątka i podpis Oferenta

***** jeżeli dotyczy oferenta