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.

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 mamotomiczna wspomagana próżnią pod kontrolą (mammografu, USG)		
7.	Jedna biopsja cienkoigłowa piersi lub zmian położonych powierzchownie (w tym węzłów chłonnych i tarczycy)		
8.	Jedna biopsja gruboigłowa pod kontrolą TK		
9	Jedna biopsja gruboigłowa pod kontrolą USG, piersi lub zmian położonych powierzchownie (w tym węzłów chłonnych pach i pachwin.		
10.	Jedna biopsja gruboigłowa pod kontrolą TK lub USG		

	zmian w zakresie klatki piersiowej, jamy brzusznej i miednicy małej		
11.	Biopsja kości pod kontrolą TK, RTG lub USG		
12.	Termoablacja pod kontrolą TK, RTG lub USG		
13.	Drenaż pod kontrolą TK, RTG lub USG		
14.	Zakładanie znaczników do radioterapii do zmian w zakresie klatki piersiowej, jamy brzusznej lub miednicy pod kontrolą TK lub USG.		
15.	Jedno badanie USG piersi – świadczenia realizowane w ramach kontraktu z NFZ		
16.	Jedno badanie USG piersi – świadczenia dla osób nieuprawnionych do świadczeń w ramach ubezpieczenia w Narodowym Funduszu Zdrowia		
17.	Zakładanie kotwicy w miejscu guza piersi do zabiegu operacyjnego pod kontrolą mammografu		
18.	Zakładanie kotwicy w miejscu guza do zabiegu operacyjnego pod kontrolą mammografu lub USG		
19.	Godzinę świadczenia usług – prowadzenia badań w Pracowni Diagnostyki Obrazowej Centrum		
20.	Jeden punkt rozumiany zgodnie z zasadami NFZ za konsultację opisanego przez rezydenta badania tomografii komputerowej		
21.	Jedną konsultację opisanego przez rezydenta badania mammograficznego		
22.	Jedną konsultację opisanego przez rezydenta badania rtg jednej okolicy (narządu) wraz z opisem (w tym badania zabiegowe)		
23.	Przyjazd na wezwanie poza godzinami pracy PDO (za jeden przyjazd)		

Maksymalna wartość:.....brutto

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)