

**Szpital Specjalistyczny
w Zabrze Sp. z o.o.
ul. M. Curie-Skłodowskiej 10
41-800 Zabrze
tel.: (32) 373-23-13, 373-23-36, 373-23-31
fax: (32) 373-23-96
e-mail: klinika@klinika-zabrze.med.pl**

**MATERIAŁY DOTYCZĄCE
KONKURSU OFERT
NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
Diagnostyka obrazowa**

Zabrze, dnia 30.12. 2021 r.

INFORMACJE OGÓLNE

1. *Konkurs ofert prowadzony jest na podstawie ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. 2021 poz.711 z późn. zm.)*
2. *Do konkursu ofert stosuje się odpowiednio przepisy art. 140, art. 141, art. 146 ust. 1, art. 147, art. 148 ust. 1, art. 149, art. 150, art. 151 ust. 1, 2 i 4-6, art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U.2021 poz. 1285 z późn. zm.).*

I CHARAKTERYSTYKA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

1. Przedmiotem zamówienia jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych na rzecz udzielającego zamówienia Szpitala Specjalistycznego w Zabrze sp. z o.o., w zakresie:
Pakiet nr 1 : Badania PET
Pakiet nr 2 : Rezonans Magnetyczny (Tryb Cito – całodobowa realizacja świadczeń)
Pakiet nr 3 : Badania scyntygrafii
Pakiet nr 4 : Badania scyntygrafii perfuzyjnej płuc
2. Ceny podawane przez Oferenta winny być cenami brutto, które zawierają już wszystkie elementy cenotwórcze.
3. Proponowana cena za badanie jest obowiązująca przez cały okres obowiązywania umowy a planowana liczba badań wskazana w formularzu ofertowym (Załączniku nr 1) dla każdego badania jest szacunkowa i nie stanowi podstawy jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta.
4. Badania zlecane będą przez Udzielającego zamówienie w ilościach uzależnionych od jego aktualnych potrzeb.
5. Udzielający zamówienia zapewnia transport pacjentów hospitalizowanych ze swojej siedziby do siedziby (miejsca udzielania świadczeń) Oferenta
- do 20 km od siedziby Udzielającego zamówienie, w pozostałym zakresie koszty transportu pokrywa Oferent.

II TERMIN WYKONANIA UMOWY

Termin wykonania umowy:
od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2023r.

III OPIS SPOSOBU PRZYGOTOWANIA OFERTY

1. Oferent przedstawia tylko jedną ofertę w zakresie każdego z oferowanych Pakietów. Oferta składa się z Formularza Ofertowego oraz wymaganych dokumentów i oświadczeń.
2. Udzielający zamówienia wymaga przedstawienia oferty na załączonych drukach (Załączniki nr 1, 2, 3). Załącznik nr 3 formularz cenowy Oferent składa na te Pakiety do której oferty przystępuje.
3. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość składania ofert częściowych . Za ofertę częściową uważa się przedstawienie oferty w zakresie jednego lub kilku pakietów wymienionych w Załączniku nr 3 Materiałów. Oferta w zakresie wybranego (oferowanego) pakietu musi być kompletna, tzn. obejmować wszystkie pozycje wyszczególnione w formularzu cenowym - Załączniku nr 3.
4. Oferta musi być sporządzona w formie pisemnej, w języku polskim oraz podpisana przez osobę upoważnioną do reprezentowania Oferenta.
5. Każda strona powinna być opatrzona podpisem osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta oraz kolejnym numerem nadanym przez Oferenta.
6. Ewentualne poprawki w ofercie muszą być sygnowane podpisami Oferenta.
7. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.

IV WYMAGANIA STAWIANE OFERENTOM

A. Udzielający zamówienia wymaga, aby:

1. Przyjmujący zamówienie zapewnił ciągłość świadczonych usług od momentu rozpoczęcia obowiązywania umowy.
2. Pomieszczenia i urządzenia, w których będą realizowane badania spełniały wymagania pod względem fachowym i sanitarnym określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 marca 2019 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinny odpowiadać pomieszczenia i urządzenia podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz. U. z 2019 r. poz. 595).
3. Istniała możliwość wykonania przedmiotowych świadczeń zdrowotnych minimum 5 dni w tygodniu, minimum 4 godziny dziennie - dotyczy pakietu nr 1,3,4.
4. Świadczenia zdrowotne wykonywane były 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę - dotyczy pakietu nr 2.
5. Przedmiotowe świadczenia zdrowotne wykonywane będą nie później niż w okresie 3 dni od momentu telefonicznego zgłoszenia pacjenta do badania (dotyczy pacjentów hospitalizowanych) lub 14 dni od momentu zgłoszenia się pacjenta ze zleceniem wystawionym i podpisanym przez lekarzy Udzielającego zamówienie (dotyczy pacjentów kierowanych w ramach tzw. pakietu onkologicznego, posiadających kartę diagnostyki leczenia onkologicznego) - dotyczy pakietu nr 1 i 3.
6. Przedmiotowe świadczenia zdrowotne udzielane były przez minimum 2 lekarzy specjalistów.
7. Przedmiotowe świadczenia zdrowotne wykonywane były w odległości do 20 km od siedziby Udzielającego zamówienie. Udzielający zamówienia dopuszcza możliwość złożenia oferty przez Oferenta, którego miejsce udzielania świadczeń znajduje się w odległości powyżej 20 km, jednakże oferowana cena badania powinna uwzględniać koszt transportu pacjenta z siedziby Udzielającego zamówienia do siedziby Oferenta (miejsca udzielania świadczeń) i z powrotem na dystansie przekraczającym 20 km.
Odległość od siedziby Udzielającego zamówienie do siedziby Oferenta (miejsca udzielania świadczeń) obliczana będzie na stronie internetowej www.maps.google.pl (odległość dla samochodu). Do obliczenia odległości trasy przyjmuje się najkrótszą z pokazanych odległości.
8. Przedmiotowe świadczenia wykonywane były na warunkach określonych w Załączniku nr 2 - dział VII „Świadczenia medycyny nuklearnej” - do Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 06.11.2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (Dz. U. 2016, poz. 357) - dotyczy pakietu nr 1,3.
9. Wyniki badań:
 - wynik badania w formie opisu i wydruku obrazu oraz płytki CD wydawany będzie pacjentowi w siedzibie Przyjmującego zamówienie do 5 dni roboczych po przeprowadzeniu badania - dotyczy pakietu nr 1.
 - wynik badania na nośniku obrazu (płyta CD) wydawany będzie pacjentowi po przeprowadzeniu badania. Dodatkowo, wyniki będą przekazywane telefonicznie lub drogą elektroniczną personelowi medycznemu oddziału kierującego zgodnie ze zleceniem do 4 godzin od wykonania badania - dotyczy pakietu nr 2.
 - Wynik badania w formie wydruku/ opisu wydawany będzie osobie upoważnionej ze strony Udzielającego Zamówieni do 5 dni roboczych po przeprowadzeniu badania – dotyczy pakietu 3,4.

B. Zawartość Oferty:

1. Formularz ofertowy – Załącznik nr 1.
2. Oświadczenie Oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia (Załącznik nr 2).
3. Formularz cenowy – Załącznik nr 3
4. Zaświadczenie o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą (lub potwierdzenie prawa wykonywania zawodu – w odniesieniu do osób legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych – zgodnie z art. 26 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem

- terminu składania ofert – oryginały lub kserokopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem”).
5. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego – oryginały lub kserokopie potwierdzone „za zgodność z oryginałem” bądź wydruk ze strony internetowej Ministerstwa Sprawiedliwości <https://ms.gov.pl/krs/wyszukiwaniepodmiotu> lub aktualna informację z Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej – wydruk z strony internetowej <https://prod.ceidg.gov.pl>. Przedstawiane dokumenty muszą zostać wystawione nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert.
 6. Umowa spółki cywilnej, jeżeli działalność prowadzona jest w formie spółki cywilnej.
 7. Aktualną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług lub aktualne potwierdzenie zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie prowadzonej działalności.
 8. Jeżeli umocowanie osoby podpisującej ofertę wraz z załącznikami nie wynika z w/w dokumentów, stosowne pełnomocnictwo dla tej osoby. Pełnomocnictwo należy złożyć w oryginale lub kopii potwierdzonej za zgodność oryginałem przez osoby uprawnione do reprezentacji Oferenta zgodnie z dokumentami, o których mowa w pkt. 5.

Kopie dołączonych dokumentów winne być poświadczone za zgodność z oryginałem przez osobę uprawnioną do reprezentowania Oferenta.

V MIEJSCE I TERMIN SKŁADANIA OFERT ORAZ OTWARCIA OFERT

Ofertę w zapieczętowanej kopercie opatrzonej napisem “KONKURS OFERT NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ” – należy złożyć **do dnia 18.01.2022 do godz. 12.00** w siedzibie Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

W przypadku ofert przesłanych pocztą za datę oraz godzinę złożenia uważa się datę oraz godzinę wpływu oferty do siedziby Udzielającego zamówienia – Sekretariat.

Otwarcie ofert odbędzie się **dnia 18.01.2022 o godz. 12.15** w siedzibie Udzielającego zamówienia – pokój nr 11 Dział Ekonomiczno – Organizacyjny.

VI TERMIN ZWIĄZANIA OFERTA

Składający ofertę pozostaje nią związany przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.

VII OCENA OFERT

Wybór oferty zostanie dokonany na podstawie następujących kryteriów:

1. Cena - 98%

Kryterium ceny będzie rozpatrywane na podstawie ceny podanej przez Wykonawcę w formularzu cenowym stanowiącym Załącznik nr 3 do Materiałów dotyczących konkursu ofert na świadczenie zdrowotne – Diagnostyka obrazowa.

Punktacja za cenę będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$P = \frac{\text{cena najniższa spośród ofert}}{\text{cena badanej oferty}} \times 98\%$$

2. Termin płatności - 2%

Kryterium terminu płatności będzie rozpatrywane na podstawie zaproponowanego terminu płatności podanego przez Wykonawcę w formularzu ofertowym stanowiącym Załącznik nr 1 do Materiałów dotyczących konkursu ofert na świadczenie zdrowotne – Diagnostyka obrazowa.

Wymagany minimalny termin płatności to **30 dni**, a maksymalny możliwy do zaoferowania termin płatności to **60 dni** od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Minimalny termin płatności otrzymuje 0 pkt. Maksymalna liczba punktów możliwych do uzyskania to 5 pkt. co oznacza że:

- 30 - 34 dni – 0 pkt
- 35 - 40 dni – 1 pkt
- 41 - 45 dni – 2 pkt
- 46 - 50 dni – 3 pkt
- 51 – 55 dni – 4 pkt
- 56 – 60 dni – 5 pkt

W przypadku gdy, Wykonawca zaoferuje termin płatności dłuższy niż termin maksymalny tj. 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT, Zamawiający do obliczenia punktów będzie brał pod uwagę termin maksymalny tj. 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT. W związku z powyższym Wykonawca, który zaproponuje termin płatności 60 dni lub dłuższy otrzyma maksymalną liczbę punktów przyznawaną w kryterium „Termin płatności” Ponadto Zamawiający do umowy uwzględni najdłuższy możliwy do zaoferowania termin płatności tj. 60 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

W przypadku, gdy Wykonawca zaoferuje termin płatności krótszy niż 30 dni od otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT, jego oferta zostanie odrzucona jako niezgodna z treścią Materiałów dotyczących konkursu ofert na świadczenie zdrowotne – Diagnostyka obrazowa.

Punktacja za termin płatności będzie obliczona na podstawie wzoru:

$$G = \frac{\text{Ilość punktów uzyskana przez oferenta}}{\text{Max. 5 pkt}} \times 2\%$$

Oferta spełniająca wszystkie wymogi otrzyma max ilość punktów. Pozostałe oferty otrzymają proporcjonalnie mniejszą ilość punktów.

3. Wynik

Wynik będzie traktowany jako wartość punktowa oferty, zaokrąglony do 4 miejsc po przecinku. Oferta, która przedstawia najkorzystniejszy bilans (maksymalna liczba przyznanych punktów w oparciu o ustalone kryteria) zostanie uznana za najkorzystniejszą, pozostałe oferty zostaną sklasyfikowane zgodnie z ilością uzyskanych punktów. Realizacja zamówienia zostanie powierzona Wykonawcy, który uzyska najwyższą ilość punktów.

Nie spełnienie wymogów określonych w pkt IV „Materiałów....” powoduje odrzucenie oferty. Jeżeli oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienie wybierze najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

VIII ROZSTRZYGNĘCIE KONKURSU OFERT

Informacje dotyczące rozstrzygnięcia konkursu ofert Udzielający zamówienia zamieści na stronie internetowej www.klinika-zabrze.med.pl w zakładce „Ogłoszenia” oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienie.

O wyniku konkursu ofert Oferenci zostaną powiadomieni pisemnie.

IX WYJAŚNIENIA MATERIAŁÓW KONKURSOWYCH

1. Pytania dotyczące Konkursu Ofert należy kierować w formie pisemnej na nr fax: (32) 373-23-

96 lub e-mail: klinika@klinika-zabrze.med.pl do dnia 11.01.2022 r.

2. Udzielający zamówienia udzieli niezwłocznie odpowiedzi wszystkim Oferentom, nie później niż do dnia 14.01.2022 r. do godz. 14.00, pod warunkiem, że pytanie wpłynie do Udzielającego zamówienia nie później niż do końca dnia 11.01.2022 r.
3. Treść zapytań wraz z wyjaśnieniami (bez ujawniania źródła zapytania) Udzielający zamówienia zamieści na stronie internetowej www.klinika-zabrze.med.pl w zakładce „Ogłoszenia” oraz na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia.

X ŚRODKI OCHRONY PRAWNEJ

1. W toku postępowania konkursowego, do czasu zakończenia postępowania, Oferent może złożyć do komisji konkursowej umotywowany protest w terminie 7 dni roboczych od dnia dokonania zaskarżonej czynności.
2. Do czasu rozpatrzenia protestu postępowanie konkursowe ulega zawieszeniu, chyba że z treści protestu wynika, że jest on oczywiście bezzasadny.
3. Komisja konkursowa rozpatruje i rozstrzyga protest w ciągu 7 dni od dnia jego otrzymania i udziela pisemnej odpowiedzi składającemu protest. Nieuwzględnienie protestu wymaga uzasadnienia.
4. Informacja o wniesieniu protestu i jego rozstrzygnięciu zostanie niezwłocznie zamieszczona na tablicy ogłoszeń w siedzibie Udzielającego zamówienia oraz na stronie internetowej Udzielającego zamówienia.
5. Oferent może złożyć do Udzielającego zamówienia w terminie 7 dni od dnia ogłoszenia o rozstrzygnięciu postępowania, odwołanie dotyczące rozstrzygnięcia postępowania. Odwołanie wniesione po terminie nie podlega rozpatrzeniu.
6. Odwołanie rozpatrywane jest w terminie 7 dni od dnia jego otrzymania. Wniesienie odwołania wstrzymuje zawarcie umowy o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej do czasu jego rozpatrzenia.

XI OBOWIĄZKI UDZIELAJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Po rozstrzygnięciu konkursu ofert Udzielający zamówienia podpisze z Oferentem umowę w terminie nie krótszym niż 7 dni, ale nie później niż przed upływem 21 dni od dnia rozstrzygnięcia konkursu ofert zgodnie z załączonym projektem umowy stanowiącym Załącznik nr 4a,4b (wraz z załącznikami nr 1, 2, 3 do umowy) Materiałów dotyczących Konkursu Ofert na świadczenia zdrowotne.

Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert bez podania przyczyny.

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:
-
2. Adres:
3. Numer telefonu
4. Numer fax
5. E-mail
6. NIP
7. REGON
8. Numer rachunku bankowego
9. Numer wpisu do Rejestr
Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą)
10. Organ dokonujący wpisu

Pakiet nr 1 :

Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Pakiet nr 2 :

Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Pakiet nr 3 :

Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

Pakiet nr 4 :

Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:

wartość brutto zł

(słownie)

Oferuję termin płatności dni od dnia otrzymania przez Zamawiającego prawidłowo wystawionej faktury VAT.

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

....., dn.

.....
(Nazwa Oferenta)

OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert oraz Materiałami Konkursowymi i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz spełniam wymagania określone w pkt IVA pkt 1-9 Materiałów Konkursowych.
2. Oświadczam, że akceptuję przedstawiony w Materiałach projekt umowy.
3. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że gwarantuję stałość cen jednostkowych przez cały okres realizacji umowy.
5. Oświadczam, że ceny jednostkowe brutto wskazane w Formularzu Cenowym obejmują wszystkie koszty związane z należyтым wykonaniem przedmiotu zamówienia i nie będzie mi przysługiwało żadne dodatkowe lub uzupełniające wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy.
6. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej gwarantującej wykonanie przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług oraz zobowiązuję się do kontynuacji ww. ubezpieczenia na okres trwania umowy.
8. Oświadczam, że za wyjątkiem dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr, oferta oraz wszelkie oświadczenia są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO¹ wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu².

.....
(Podpis Oferenta)

¹ Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

² W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

FORMULARZ CENOWY

Pakiet nr 1 BADANIA PET

Lp.	Nazwa badania/konsultacji	Planowana liczba badań/konsultacji	Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji	Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji
1.	Pozytonowa Tomografia Emisyjna (PET) z zastosowaniem radiofarmaceutyków z grupy I – 18F-FDG	4		
Wartość badań/konsultacji ogółem				

Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:
(kwota brutto słownie)

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi:

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

 (adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi:

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji:

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY

Pakiet nr 2 - REZONANS MAGNETYCZNY
(tryb cito - całodobowa realizacja badań)

Lp.	Nazwa badania/konsultacji	Planowana liczba badań/konsultacji	Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji	Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji
1.	Angiografia MR bez środka kontrastowego	2		
2.	Angiografia MR ze środkiem kontrastowym	2		
3.	MR badanie głowy bez środka kontrastowego	2		
4.	MR badanie głowy ze środkiem kontrastowym	4		
5.	MR badanie innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	2		
6.	MR badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym	2		
7.	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa	2		
8.	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa	2		
Wartość badań/konsultacji ogółem				

Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:
(kwota brutto słownie)

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
Poniedziałek	całodobowo
Wtorek	całodobowo
Środa	całodobowo
Czwartek	całodobowo
Piątek	całodobowo
Sobota	całodobowo

Niedziela	całodobowo
-----------	------------

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi:

Świadczenia zdrowotne udzielane będą całodobowo.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

.....

(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi:

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji:

.....
Podpis Oferenta/ osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
Pakiet nr 3
BADANIA SCYNTYGRAFII

Lp.	Nazwa badania/konsultacji	Planowana liczba badań/konsultacji	Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji	Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji
1.	Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem 131I	2		
2.	Scyntygrafia i radioizotopowe badanie czynności tarczycy z zastosowaniem 99mTc	2		
3.	Scyntygraficzne badanie przepływu chłonki	2		
4.	Scyntygraficzna ocena położenia węzła wartowniczego	2		
5.	Scyntygrafia układu limfatycznego	2		
Wartość badań/konsultacji ogółem				

Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:
(kwota brutto słownie)

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi:

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

 (adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi:

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji:

.....
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY**Pakiet nr 4****BADANIA SCYNTYGRAFII PERFUZYJNEJ PŁUC**

Lp.	Nazwa badania/konsultacji	Planowana liczba badań/konsultacji	Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji	Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji
1.	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	2		
Wartość badań/konsultacji ogółem				

Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:
(kwota brutto słownie)

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

Dni udzielania świadczeń zdrowotnych	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	

Liczba godzin dostępności świadczeń zdrowotnych tygodniowo wynosi:

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta:

 (adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi:

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji:

.....
 Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta