

OFERTA
na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w zakresie teleradiologii
w Zespole Opieki Zdrowotnej w Łęczycy

I. DANE OFERENTA

1. Pełna nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą, adres siedziby (oraz adres do korespondencji jeśli jest inny):

.....

.....

.....

.....

2. Nr wpisu do właściwego rejestru

4. Organ rejestrowy:

5. NIP

7. REGON

9. Imię i nazwisko, telefon, e-mail do osoby kontaktowej w zakresie składanej oferty:

.....

.....

10. Osoba/y upoważnione do reprezentacji:

.....

II. PRZEDMIOT OFERTY: opisy badań radiologicznych

Lp.	Rodzaj badania	Szacunkowa, roczna ilość zlecanych badań	Waga przedmiotu postępowania	Cena opisu badania brutto
1.	Badanie TK planowe	3800	30%	
2.	Badanie TK pilne	500	5%	
3.	Badanie RTG planowe	13800	60%	
4.	Badanie RTG pilne	1500	5%	

III. OŚWIADCZENIE OFERENTA

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Zapoznałem się ze „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz wzorem umowy i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
4. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi metodami i środkami oraz zgodnie z zasadami etyki zawodowej, jak również zgodnie z przyjętymi standardami i wymogami prawnymi, w tym z zachowaniem przepisów sanitarnych, przeciwpożarowych i BHP.
5. Zobowiązuję się do przestrzegania praw pacjenta, podejmowania i prowadzenia działań mających na celu zapewnienie należytej jakości wykonywanych świadczeń zdrowotnych.
6. Posiadam polisę ubezpieczenia OC prowadzonej przeze mnie działalności leczniczej oraz zobowiązuję się do kontynuowania tego ubezpieczenia i niezwłocznego przedkładania uwierzytelnionej kserokopii polisy ubezpieczenia OC Udzielającemu zamówienia.
7. Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przez Udzielającego zamówienia dla potrzeb realizacji umowy.
8. Zobowiązuje się do poddania kontroli przez Oddział Wojewódzki NFZ, innych uprawnionych organów oraz Udzielającego zamówienia w zakresie wynikającym z realizacji wykonywanych świadczeń zdrowotnych na rzecz Udzielającego zamówienia.
9. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
10. Akceptuję wzór umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz pozostałe wymagania Udzielającego zamówienia, będące przedmiotem postępowania konkursowego.
11. Oświadczam, że wskazany personel w Załączniku nr 2 do SWKO, posiada pełne prawo wykonywania zawodu oraz pozostałe informacje zawarte w załączniku są zgodne ze stanem faktycznym.

IV. ZAŁĄCZNIKI (kserokopie poświadczone za zgodność):

1. Wpis do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą;
2. Dokument potwierdzający ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej i oświadczenie zawierające zobowiązanie do kontynuacji ubezpieczenia przez cały okres trwania umowy;
3. Załącznik Nr 2 do SWKO;

.....
Podpis i pieczęć Oferenta

.....
Data