**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

**wykonywania badań rezonansu magnetycznego z opisem dla pacjentów Szpitala Czerniakowskiego sp. z o.o.**

**DANE OFERENTA/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestrowym: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Forma organizacyjna : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres siedziby firmy: kod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ulica i numer domu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ numer telefonu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer faksu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NIP \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ REGON \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres do korespondencji *(wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby):*

kod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ miejscowość: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ulica i numer domu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

numer faksu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numer wpisu do właściwego rejestru: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oznaczenie organu dokonującego wpisu: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data rejestracji: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa banku: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nazwa konta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oświadczamy, że sposób reprezentacji spółki/konsorcjum dla potrzeb niniejszego postępowania jest następujący (*wypełniają jedynie Oferenci składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja*):

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**I. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW**

* **Oferowana cena za przedmiot zamówienia** (*wypełnia Oferent*):
* Oferujemy wykonanie świadczeń zdrowotnych dla Szpitala Czerniakowskiego sp. z o.o., będących przedmiotem zapytania ofertowego za cenę: brutto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł\* (*słownie\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł*), w tym podatek VAT \_\_\_\_%, \*\*

***\* zgodna z kwotą wskazaną w Załączniku do Formularza Ofertowego***

***\*\* do niniejszego Formularza ofertowego Oferent winien załączyć wypełniony i podpisany Załącznik do Formularza Ofertowego (Szczegółowy zakres i rodzaj badań - Formularz asortymentowo – cenowy).***

**II. OFEROWANE PARAMETRY GRANICZNE SPRZĘTU/APARATU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp.** | **parametr / warunek**  | wartość wymagana**(graniczna)** | **odpowiedź wykonawcy****tak / nie**  | **parametry i wartości oferowane przez wykonawcę** |
| **I. Minimalne parametry techniczne MR** |
| 1 | Aparat o indukcji pola magnetycznego min. 1.5 T | tak |  |  |
| 2 | Maksymalna efektywna amplituda gradientów we wszystkich trzech osiach wynosząca nie mniej niż 52 mT/m | tak |  |  |
| 3 | Maksymalna szybkość narastania gradientów, wynosząca nie mniej niż 120 T/m/ | tak |  |  |
| 4 | Do badania danej anatomii cewki dedykowane: głowowa, szyjna, kolanowa, do nadgarstka, stopy, barku | tak |  |  |
| 5 | Aparat posiada konfigurację pozwalającą na wykonywanie wszystkich badań określonych w Załączniku nr 4 do Zapytania (*Szczegółowy zakres i rodzaj badań*). | tak |  |  |
| 6 | Typ, model, Producent*Data produkcji aparatu* | NIE |  |  |
| **II. System pozwalający na wykonanie badań rutynowych (mózgu, kręgosłupa) oraz wysokospecjalistycznych, w tym:** |
| 1 | przysadki; | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 2 | kompleksów nerwów VII-VIII, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 3 | nosogardła, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 4 | twarzoczaszki, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 5 | zatok przynosowych, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 6 | dyfuzji mózgu, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 7 | tętnic mózgowych, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 8 | tętnic domózgowych | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 9 | spektroskopii mózgu, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 10 | szyi, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 11 | klatki piersiowej, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 12 | jamy brzusznej, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 13 | miednicy, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 14 | cholangiografii MR, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 15 | badań ortopedycznych (stawu biodrowego, kolanowego, skokowego, stopy, stawu barkowego, łokciowego i nadgarstka), | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 16 | mózg, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 17 | przysadka mózgowa, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 18 | dyfuzja, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 19 | spektroskopia mózgu, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 20 | angiografia tętnic mózgowych, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 21 | angiografia tętnic domózgowych, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 22 | oczodoły, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 23 | twarzoczaszka, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 24 | nosogardło, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 25 | szyja, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 26 | zatoki przynosowe, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 27 | odcinek szyjny kręgosłupa, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 28 | odcinek piersiowy kręgosłupa, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 29 | odcinek lędźwiowy kręgosłupa, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 30 | kość krzyżowa i ogonowa, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 31 | klatka piersiowa, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 32 | jama brzuszna, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 33 | miednica mniejsza, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 34 | cholangiografią, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 35 | staw biodrowy, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 36 | staw kolanowy, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 37 | staw skokowy, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 38 | stopa, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 39 | staw barkowy, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 40 | staw łokciowy, | tak |  | *NIE DOTCZY* |
| 41 | nadgarstek | tak |  | *NIE DOTCZY* |

***UWAGA: Powyższe parametry/warunki graniczne stanowią wymagania konieczne do spełnienia ― niespełnianie nawet jednego z w/w wymagań spowoduje odrzucenie oferty.***

*W przypadku wątpliwości Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do weryfikacji parametrów oferowanych urządzeń na podstawie oryginalnych Firmowych Materiałów Informacyjnych (FMI) Producenta. W sytuacji braku jednoznacznego potwierdzenia w FMI wartości oferowanych parametrów, Udzielający zamówienie ma prawo odrzucić ofertę.*

**III. OŚWIADCZENIA OFERENTA/PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE:**

***Składający Ofertę/Przyjmujący zamówienie* oświadcza, że:**

* zawarta umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych będzie wykonywana **w okresie 2 miesięcy od dnia podpisania umowy, nie wcześniej niż od dni 01.11.2020 r.**,
* odległość pomiędzy siedzibą *Udzielającego zamówienie*, a placówką/placówkami *Przyjmującego zamówienie* wykonującą badania **nie może być większa niż 20 km** (przejazd drogą publiczną),

**Oferujemy niżej wymienioną lokalizację** w zakresie świadczenia badań stanowiących przedmiot konkursu (*należy podać dokładną lokalizację*):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

* w placówce wykonującej badania zapewni podjazd dla karetek zlecającego zamówienie,
* personel *Przyjmującego zamówienie*, który będzie przeprowadzał na rzecz *Udzielającego zamówienie* wskazane jako przedmiot umowy badania posiada stosowne kwalifikacje zawodowe, uprawnienia i doświadczenie zgodnie z polskim prawem oraz dobrą praktyką medyczną,
* zobowiązujemy się do zapewnienia wykonywania badań wymagających podania dożylnego kontrastu pod nadzorem lekarza radiologa,
* usługi objęte przedmiotem zamówienia będzie świadczył na wysokim poziomie, zgodnie z zasadami współczesnej wiedzy technicznej i analitycznej, normami umożliwiającymi akredytację i certyfikację, sztuką i etyką zawodu, obowiązującymi przepisami prawa oraz postanowieniami Umowy, przy zachowaniu należytej staranności oraz całodobowej, nieprzerwanej pracy na rzecz *Udzielającego zamówienie* w wykonywaniu świadczeń zdrowotnych,
* urządzenia i materiały, których *Przyjmujący zamówienie* użyje przy świadczeniu przedmiotu konkursu posiadają stosowne dopuszczenia do obrotu i stosowania w placówkach służby zdrowia, zgodnie z obowiązującymi wymogami prawa oraz gwarantują najwyższą jakość świadczonych badań. Świadczenia będą wykonywane przy użyciu sprzętu i aparatury stanowiącej własność *Przyjmującego zamówienie.*
* zapoznał się i akceptuje treść zapytania ofertowego i projekt umowy,
* będzie wykonywał zamówienie zgodnie z przedstawionym projektem umowy,
* podda się kontroli przeprowadzanej przez NFZ w zakresie wykonywania przedmiotu postępowania w ramach zawartej Umowy,
* zawarte w niniejszym Formularzu ofertowym informacje oraz dołączone do niej dokumenty opisują aktualny stan prawny i faktyczny na dzień składania ofert,
* ponosi wszystkie koszty związane z wykonywaniem badań stanowiących przedmiot konkursu oraz koszty integracji systemu informatycznego,
* w zaoferowanych powyżej cenach oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia, w tym udostępnienia elektronicznego systemu rejestracji zleceń oraz podatkowe,
* będzie związany złożoną ofertą przez **okres 30 dni** od upływu terminu składania ofert,
* projekt umowy został przez niego zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wybrania oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach oraz w miejscu i terminie wyznaczonym przez *Udzielającego zamówienia*.
* 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 zawarcia umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyniku niniejszego postępowania.\*

*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).*

*\* 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).*

* Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych przekazanych w ofercie oraz w później składanych dokumentach, oświadczeniach i wyjaśnieniach dla potrzeb związanych z niniejszym postępowaniem, zgodnie z ustawą z 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych *(Dz. U. z 2019 r. poz. 1781)* oraz w związku z Rozporządzeniem 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 – w pełnym zakresie związanym z udzieleniem zamówienia publicznego.

**IV. WYKAZ LEKARZY RADIOLOGÓW**

|  |
| --- |
| **WYKAZ LEKARZY RADIOLOGÓW, KTÓRZY BĘDĄ ŚWIADCZYĆ USŁUGI** |
| **lp.** | **IMIĘ I NAZWISKO,****STOPIEN NAUKOWY**  | **NUMER PRAWA DO WYKONYWANIA ZAWODU**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

***Jednocześnie oświadczam, iż do umowy zostaną załączone dowody potwierdzające prawo do wykonywania zawodu przez osoby wskazane w wykazie.***

**V. OSOBY DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM**

* Osoba upoważniona do kontaktów z *Udzielającym zamówienia* w sprawie niniejszego postępowania: Pan/Pani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel./fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.
* Osoba upoważniona do kontaktów z *Udzielającym zamówienia* w sprawie realizacji Umowy zawartej w wyniku przedmiotowego postępowania: Pan/Pani \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, tel./fax \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Do niniejszej oferty załączamy:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**oferta z załącznikami zawiera łącznie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/2020 r.

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

*podpis i pieczątka imienna*

*osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

*POUCZENIE:*

*Art. 297 §1 KODEKS KARNY: ”Kto, w celu uzyskania dla siebie lub kogo innego(…) przekłada podrobiony, poświadczający nieprawdę albo nierzetelny dokument albo nierzetelnie, pisemne oświadczenie dotyczące okoliczności o istotnym znaczeniu dla uzyskania (…) zamówienia, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5”.*

*art. 305 §1 KODEKS KARNY: „Kto, w celu osiągnięcia korzyści majątkowej, udaremnia lub utrudnia przetarg publiczny albo wchodzi w porozumienie z inną osobą działając na szkodę właściciela mienia albo osoby lub instytucji, na rzecz które przetarg jest dokonywany podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”*