*Załącznik nr 1 do szczegółowych warunków konkursu ofert (SWKO)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

**wykonywania opisów badań rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej drogą teleradiologii dla 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 konkursu jest następujący (*wypełniają jedynie Oferenci składający wspólną ofertę – spółki cywilne lub konsorcja*):

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

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

* **Oferowana cena za przedmiot konkursu** (*wypełnia Oferent*):
* Oferujemy wykonanie świadczeń zdrowotnych dla Szpitala Czerniakowskiego sp. z o.o., będących przedmiotem konkursu za uśrednioną kwotę jednostkową: brutto ………………… zł\* (*słownie:……………. zł*), w tym podatek VAT .…%, **w wysokości \_\_\_\_\_\_\_\_\_zł, netto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ zł (słownie: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_).**

***\* Obliczona na podstawie cen jednostkowych badań oferowanych***

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

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

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

* zawarta umowa o udzielenie świadczeń zdrowotnych będzie wykonywana **w okresie 12 miesięcy, licząc od daty zawarcia Umowy**.
* personel *Przyjmującego zamówienie*, który będzie przeprowadzał na rzecz *Udzielającego zamówienie* wskazane jako przedmiot umowy opisy badań posiada stosowne kwalifikacje zawodowe, uprawnienia i doświadczenie zgodnie z polskim prawem oraz dobrą praktyką medyczną,
* usługi objęte przedmiotem konkursu 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,
* zapoznał się i akceptuje treść ogłoszenia o konkursie, szczegółowe warunki konkursu ofert i projekt umowy,
* będzie wykonywał zamówienie zgodnie z przedstawionym projektem umowy oraz warunkami stawianymi w SWKO,
* podda się kontroli przeprowadzanej przez NFZ w zakresie wykonywania przedmiotu konkursu 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,
* 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,
* zawarty w szczegółowych warunkach konkursu ofert (SWKO) projekt umowy (załącznik nr 3) został przeze 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 konkursu.\*

*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 konkursowym, 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.

**III. OSOBY DO KONTAKTÓW Z ZAMAWIAJĄCYM**

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

Do niniejszej oferty załączamy:

1. ..............................................................

*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”*

**Niniejszy dokument powinien zostać podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, elektronicznym podpisem osobistym (e-dowód) lub podpisem zaufanym (gov.pl) przez osobę umocowaną.**

***Załącznik do Formularza Ofertowego***

**Szczegółowy zakres i rodzaj badań - Formularz asortymentowo – cenowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Tomografia komputerowa** | | | **Oferowana cena brutto za jeden opis** |
| **Okolica anatomiczna** | **Tryb opisu badania** | **Czas wykonania opisu** |
| 1 | Głowa  kręgosłup | planowe | do 5 dni |  |
| 2 | Jama brzuszna  Klatka piersiowa  miednica |  |
| 3 | Stawy i kości |  |
| **RAZEM (suma poz. 1-3):** | | | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Rezonans magnetyczny** | | | **Oferowana cena brutto za jeden opis** |
|  | **tryb opisu badania** | **Czas wykonania opisu** |
| 1 | MR 1,5T angio głowy | planowe | do 7 dni |  |
| 2 | MR 1,5T głowy |  |
| 3 | MR 1,5T głowy + angio |  |
| 4 | MR 1,5T jamy brzusznej |  |
| 5 | MR 1,5T jamy brzusznej i cholangiografia |  |
| 6 | MR 1,5T kręgosłupa lędźwiowego |  |
| 7 | MR 1,5T kręgosłupa piersiowego |  |
| 8 | MR 1,5T kręgosłupa szyjnego |  |
| 9 | MR 1,5T nadnerczy |  |
| 10 | MR 1,5T oczodołów |  |
| 11 | MR 1,5T przysadki |  |
| 12 | MR głowy z kontrastem |  |
| 13 | MR 1,5T szyi |  |
| 14 | MR 1,5Ttwarzoczaszki |  |
| 15 | MR kręgosłupa lędźwiowego z kontrastem |  |
| 16 | MR kręgosłupa piersiowego z kontrastem |  |
| 17 | MR kręgosłupa szyjnego z kontrastem |  |
| 18 | MR miednicy mniejszej z kontrastem |  |
| 19 | MR nadbrzusza z kontrastem | planowe | do 7 dni |  |
| 20 | MR oczodołów z kontrastem |  |
| 21 | MR przysadki z kontrastem |  |
| 22 | MR jamy brzusznej i cholangiografia z kontrastem |  |
| 23 | MR jamy brzusznej z kontrastem |  |
| 24 | MR cholangiografia |  |
| 25 | MR szyi z kontrastem |  |
| 26 | MR twarzoczaszki z kontrastem |  |
| 27 | MR 1,5T nadgarstka |  |
| 28 | MR 1,5T podudzia |  |
| 29 | MR 1,5T przedramienia |  |
| 30 | MR 1,5T ramienia |  |
| 31 | MR 1,5T stawów krzyżowo – biodrowych |  |
| 32 | MR 1,5T stawu biodrowego |  |
| 33 | MR 1,5T stopy |  |
| 34 | MR 1,5T udo |  |
| 35 | MR 1,5T ręki |  |
| 36 | MR 1,5T stawu barkowego |  |
| 37 | MR 1,5T stawu kolanowego |  |
| 38 | MR 1,5T stawu łokciowego |  |
| 39 | MR 1,5T stawu skokowego |  |
| 40 | Perfuzja prostaty z kontrastem |  |
| 41 | MR klatki piersiowej z kontrastem |  |
| 42 | MR Serca z ilościową oceną funkcji skurczowej i ocenę żywotności |  |
| 43 | Mammografia MR |  |
| 44 | MR Badanie morfologiczne serca z oceną funkcji skurczowej w czasie rzeczywistym |  |
| **RAZEM:(1-44)** | | | |  |

**Niniejszy dokument powinien zostać podpisany kwalifikowanym podpisem elektronicznym, elektronicznym podpisem osobistym (e-dowód) lub podpisem zaufanym (gov.pl) przez osobę umocowaną.**