

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

Dane Oferenta:

Kontaktowy e-mail (czytelnie):.....

Kontaktowy nr telefonu:.....

Kontaktowy nr faksu:.....

Nazwa oferenta:.....

.....

Adres:.....

.....

Nr NIP:

Nr REGON:

OŚWIADCZENIA

Przystępując do konkursu ofert **KOD: 2022-DOB-1 oświadczam, że:**

1. Jestem podmiotem gospodarczym wpisanym do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Jestem podmiotem wymienionym w art. 26 ust. 1. Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej mogącym ubiegać się o udzielenie zamówienia na w/w świadczenia zdrowotne, oraz spełniam warunki udziału w postępowaniu, tj.:
 - a) posiadam uprawnienia do wykonywania działalności oraz czynności objętych zakresem przedmiotu zamówienia, w tym - wykonuję działalność w zakresie zgodnym z przedmiotem zamówienia;
 - b) posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonania zamówienia;
 - c) znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej zapewniającej wykonanie zamówienia.
3. Przedmiot zamówienia nie wykracza poza rodzaj działalności leczniczej lub zakres świadczeń zdrowotnych przeze mnie wykonywanych, zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w Ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej,

Proszę podać numer księgi praktyki zawodowej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą [<https://rpwdl.ezdrowie.gov.pl/>]

.....

4. Wyrażam zgodę na 14 dniowy termin płatności za świadczenia zdrowotne udzielane w okresie realizacji zamówienia, od daty wystawienia Udzielającemu zamówienia właściwego rachunku,
5. Uważam się za związanego/ą złożoną ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
6. Zapoznałem/am się z wymaganiami, treścią ogłoszenia o konkursie, warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO, załącznikach i projekcie umowy, przyjmuję je bez zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
7. Wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,

8. Wszystkie załączone dokumenty stanowią integralną część mojej oferty,
9. W przypadku nie złożenia w postępowaniu konkursowym kopii dokumentu ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej (np. polisy) zobowiązuję się do dostarczenia takiego dokumentu do Udzielającego zamówienia po wygraniu przez Oferenta postępowania konkursowego.
10. Zobowiązuję się do kontynuowania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej przez cały okres realizacji zamówienia.

....., dnia

/miejscowość/

.....
/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/

Beskidzkie Centrum Onkologii
- Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18
Tel. 33/ 816-43-70, Fax 33/ 816-44-01
NIP 02270662340, REGON 142044220

DYREKTOR
Beskidzkiego Centrum Onkologii
- Szpitala Miejskiego
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
lek. med. **Lech Wędrychowicz**

2022 -03- 0 8

.....
(pieczęć firmowa Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY

Przystępując do konkursu na świadczenia zdrowotne udzielane przez lekarzy w zakresie diagnostyki obrazowej **KOD: 2022-DOB-1** oferuję realizację zamówienia:

Pakiet 1 wykonywanie badań i sporządzanie opisów badań obrazowych w lokalizacji u Udzielającego zamówienia w godz. 8.00 -14.00

Wymagania dla Oferenta:

-lekarz specjalista w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej (*kopię dyplomu specjalizacji należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO*)

Dostępność Oferenta (minimalna średnia miesięczna dostępność: 20 godz./miesiąc) Średnia ilość godzin w miesiącu (minimum 20 godzin)
Cena świadczenia (zł brutto/godz.) Stawka (zł brutto / godz.)
Doświadczenie Oferenta (minimalne doświadczenie w w/w zakresie: 6 miesięcy)miesiącelat Posiadane doświadczenie (minimum 6 miesięcy)

Pakiet 2 - sporządzanie opisów badań obrazowych poza lub w lokalizacji u Udzielającego zamówienia w godz. 14.00 – 8.00

Wymagania dla Oferenta:

-lekarz specjalista w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej (*kopię dyplomu specjalizacji należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO*)

Cena świadczenia (zł brutto/opis) a/ Opis RTG - Stawka (zł brutto / opis) b/ Opis TK (2-óch lub więcej okolic anat.) - Stawka (zł brutto / opis) c/ Opis TK (inny niż lit. b powyżej) - Stawka (zł brutto / opis) d/ Stawka średnia Pakietu 2 = (a+b+c) / 3 =
Doświadczenie Oferenta (minimalne doświadczenie w w/w zakresie: 6 miesięcy)miesiącelat Posiadane doświadczenie (minimum 6 miesięcy)

Pakiet 3 - sporządzenie opisów TK serca poza lub w lokalizacji u Udzielającego zamówienia

Wymagania dla Oferenta:

-lekarz specjalista w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej (kopię dyplomu specjalizacji należy dołączyć do oferty, zgodnie z Rozdziałem VII i VIII SWKO)

<p>Cena świadczenia (zł brutto/opis)</p>	<p>..... a/ Stawka (zł brutto / opis) opis TK badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego / TK serca bez wzmocnienia kontrastowego (tzw. calcium score) - Procedura 5.03.00.0000070</p> <p>..... b/ Stawka (zł brutto / opis) opis badania kardiologicznego TK (badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego ze wzmocnieniem kontrastowym) - Procedura 5.03.00.0000087</p> <p>c/ Stawka średnia Pakietu 3 = (a+b) / 2 =</p>
<p>Doświadczenie Oferenta (minimalne doświadczenie w w/w zakresie: 2 lata)</p>	<p>.....lat Posiadane doświadczenie (minimum 2 lata)</p>

Oświadczam, że posiadam okres doświadczenia wskazany w formularzu ofertowym dla danego pakietu.

W ramach pakietów, na które składam ofertę, wyrażam gotowość kompleksowej realizacji zamówienia zgodnie z posiadanymi kompetencjami i projektem umowy stanowiącej załącznik do SWKO.

Wyrażam gotowość do udzielania świadczeń w sposób ciągły, zgodnie z organizacją pracy obowiązującą u Udzielającego zamówienie.

....., dnia
/miejscowość/

.....
/pieczętka i podpis osoby uprawnionej/

Beskidzkie Centrum Onkologii
- Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
43-300 Bielsko-Biała, ul. Wyzwolenia 18
Tel. 33/ 816-43-70, Fax 33/ 816-44-01
NIP 822662240 REGON 142003296

DYREKTOR
Beskidzkiego Centrum Onkologii
Szpital Miejski
im. Jana Pawła II w Bielsku-Białej
lek. med. **Lech Wędrychowicz**

2022 -03- 0 8