**Załącznik nr 1**

**Formularz Oferty**

Nazwa Przyjmującego Zanówienie:...........................................................................................................

Adres\*.........................................................................................................................................................

tel.\*.............................................................................................................................................................

REGON\*.....................................................................................................................................................

NIP\*............................................................................................................................................................

E-mail\* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....................................................................

Nr księgi rejestrowej …................................................................. potwierdzającą wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert pn.: **Udzielanie przez technika rtg świadczeń zdrowotnych w Pracowni Rezonansu Magnetycznego na rzecz pacjentów Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Profesora M. Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie**

oferujemy:

1. **Kryterium Cena**

w cenie brutto za 1 h ……..zł w tym stawka podatku VAT

(Słownie cena jednostkowa brutto: ……………………………….………..)

Wartość brutto (*cena brutto za 1h x 1152 h*): ........................................………….. zł

w tym stawka podatku VAT

(słownie razem wartość brutto: ………………..……………………….)

Osoba realizująca usługę …………………………………………………………………………………

*(imię i nazwisko)*

1. **Kryterium jakość świadczeń:**

zaznaczyć właściwe

* **Deklaruję posiadanie doświadczenie w pracy na aparacie SIEMENS MAGNETOM ESSENZA 1,5 T (powyżej 5 lat doświadczenia zawodowego w pracowni rezonansu magnetycznego i powyżej 2 lat pracy na aparacie SIEMENS MAGNETOM ESSENZA 1,5 T**
* **Deklaruję posiadanie doświadczenie w pracy na aparacie SIEMENS MAGNETOM ESSENZA 1,5 T (do 5 lat doświadczenia zawodowego w pracowni rezonansu magnetycznego i do. 2 lata pracy na aparacie SIEMENS MAGNETOM ESSENZA 1,5 T)**

1. **Kryterium kompleksowość świadczeń**

**Oświadczam, że:**

zaznaczyć właściwe:

* **nie będę** korzystał z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne
* **będę korzystał** z pomocy podwykonawców w czasie wykonywania umowy na świadczenie zdrowotne

1. **Kryterium dostępność świadczeń**

zaznaczyć właściwe:

* **deklaruję realizację usługi 3 razy w tygodniu:**

**od poniedziałku do środy w godzinach od 7.00 do 14.35 w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę pracowni, według harmonogramu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie**

* **deklaruję realizację usługi co najmniej 3 razy w tygodniu:**

**od poniedziałku do środy w godzinach od 7.00 do 14.35 w sposób zabezpieczający niezakłóconą pracę pracowni, według harmonogramu, zgodnie z potrzebami Udzielającego zamówienie oraz dodatkowo na wezwanie Udzielającego zamówienie**

1. **Kryterium ciągłość świadczeń**

Poniżej zaznaczyć właściwe:

* **Deklaruję posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia u udzielającego zamówienie powyżej 3 lat**
* **Deklaruję posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia u udzielającego zamówienie poniżej 3 lat**

1. Termin wykonania – usługi będą świadczone **przez okres 12 miesięcy** od dnia zawarcia umowy.
2. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

………………………………….. tel. kontaktowy …………mail:.....................................

……………………………………tel. kontaktowy.................mail:.....................................

1. **Akceptuje/my i potwierdzam/my wykonywanie następujących zadań –**
2. Wykonywanie badań Rezonansu Magnetycznego zgodnie ze zleceniami lekarskimi;
3. Odpowiedzialność za czystość w pomieszczeniach, w których wykonuje swoją pracę, stan urządzeń, materiały, środki kontrastowe, filmy i inne środki używane przy pracy;
4. Przyjmowanie chorych na badania na podstawie kart skierowania do badania RM w kolejności zgłaszania się, z wyjątkiem przypadków nagłych, uzgodnionych z Kierownikiem Zakładu Diagnostyki Obrazowej lub lekarzem RTG;
5. Nadzór nad urządzeniami systemu rezonansu magnetycznego w zakresie: serwisu okresowego aparatury, przeglądów technicznych urządzeń medycznych, kalibracji systemu rezonansu magnetycznego i raportowania do Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej i serwisu technicznego o nieprawidłowościach w działaniu systemu;
6. Nadzór nad systemem informatyczno-archiwizacyjnym oraz współpraca z Działem Informatyki;
7. Wykonywanie kopii dokumentacji medycznej dla pacjentów Pracowni Rezonansu Magnetycznego;
8. **Oświadczam/y, że:**
9. posiadam/y ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności.:

Nr polisy………………………….. w …………………………………………… z minimalną sumą gwarancyjną wynoszącą .............................................................. zł w odniesieniu   
do jednego zdarzenia oraz …………………. zł dla wszystkich zdarzeń i zobowiązujemy się kontynuować ubezpieczenia OC w zakresie prowadzonej działalności przez cały okres trwania umowy;

1. akceptuję/my w całości warunki określone w Materiałach informacyjnych, zapoznałam/em   
   się z postanowieniami umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru mojej oferty, do zawarcia umowy zgodnie z niniejszą ofertą na warunkach określonych w Załączniku nr 2;
2. posiadam uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych, niezbędną wiedzę i doświadczenie, dysponuję odpowiednim potencjałem technicznym oraz osobami zdolnymi do udzielenia świadczeń zdrowotnych, znajduję się w sytuacji ekonomicznej i finansowej umożliwiającej udzielenie świadczeń zdrowotnych;
3. ofertę niniejszą składam na ….....................kolejno ponumerowanych stronach;
4. wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:

..........................................................................................................................................................

…………………, dnia………… …………….....................……….

(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,

lub parafka wraz z imienną pieczątką)