

Formularz Oferty

Nazwa Przyjmującego Zanówienie:.....
 Adres*.....
 tel.*.....
 REGON*.....
 NIP*.....
 E-mail* na który Zamawiający ma przesłać korespondencję.....
 Nr księgi rejestrowej potwierdzając wpis do rejestru
 podmiotów wykonujących działalność leczniczą (jeżeli dotyczy)

w odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert pn.: **Udzielanie przez elektroradiologa świadczeń zdrowotnych w Pracowni Tomografii Komputerowej oraz w razie potrzeby w Pracowni Rezonansu Magnetycznego na rzecz pacjentów Szpitala Neuropsychiatrycznego im. Prof. M. Kaczyńskiego SP ZOZ w Lublinie**
 oferujemy:

1. Kryterium Cena

w cenie brutto za 1 hzł w tym stawka podatku VAT
 (Słownie cena jednostkowa brutto:)

Wartość brutto (*cena brutto za 1h x 624 h*): zł
 w tym stawka podatku VAT
 (słownie razem wartość brutto:)

W cenie brutto dodatek za każde wykonane jedno badanie rezonansem magnetycznym (MR) w tym
 stawka podatku VAT
 (Słownie cena jednostkowa brutto:)

Wartość brutto (*cena brutto za 1 badanie x 1700 badań*): zł
 w tym stawka podatku VAT
 (słownie razem wartość brutto:)

Osoba realizująca usługę
 (imię i nazwisko)

2. Kryterium jakość świadczeń:

zaznaczyć właściwe

A)

- ☐ Deklaruję doświadczenie w pracy na aparacie Skaner CT SIEMENS SOMATOM Perspective 64 (powyżej 3 lat doświadczenia zawodowego w pracowni tomografii komputerowej i powyżej 2 lat pracy na aparacie Skaner CT SIEMENS SOMATOM Perspective 64)
- ☐ Deklaruję doświadczenie w pracy w pracowni tomografii komputerowej powyżej 3 lat pracy
- ☐ Deklaruję doświadczenie w pracy w pracowni tomografii komputerowej od 2 do 3 lat pracy

B)

- ☐ Deklaruję doświadczenie w pracy w pracowni rezonansu magnetycznego powyżej 3 Lat
- ☐ Deklaruję doświadczenie w pracy w pracowni rezonansu magnetycznego od 2 do 3 lat
- ☐ Deklaruję doświadczenie w pracy w pracowni rezonansu magnetycznego poniżej 2 lat

3. 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

4. Kryterium dostępność świadczeń

zaznaczyć właściwe:

- ☐ **deklaruję realizację usługi co najmniej raz w tygodniu:**
 - w poniedziałki w godzinach od 7:00 do 19:00
- ☐ **deklaruję realizację usługi co najmniej raz w tygodniu:**
 - w poniedziałki w godzinach od 7:00 do 19:00 oraz dodatkowo na wezwanie Udzielającego zamówienie

5. Kryterium ciągłość świadczeń

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- ☐ Deklaruje posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia powyżej 3 lat
- ☐ Deklaruje posiadanie doświadczenia w realizacji usługi będącej przedmiotem zamówienia przez okres do 3 lat

6. Termin wykonania – usługi będą świadczone przez okres 12 miesięcy od dnia 06.10.2026 r.,

7. Osobą / osobami do kontaktów z zamawiającym odpowiedzialnymi za wykonanie zobowiązań umowy jest / są:

Ewelina Szwałek tel. kontaktowy 81 72 86 417 mail: eszwalek@snzoz.lublin.pl

Karolina Gustaw tel. kontaktowy 81 72 86 417 mail: kgustaw@snzoz.lublin.pl

8. Akceptuje/my i potwierdzam/my wykonywanie następujących zadań –

- a) Wykonywanie badań Tomografu Komputerowego i Rezonansu Magnetycznego zgodnie ze zleceniami lekarskimi;
- b) Odpowiedzialność za czystość w pomieszczeniach, w których wykonuje swoją pracę, stan urządzeń, materiały, środki kontrastowe, filmy i inne środki używane przy pracy;
- c) Przyjmowanie chorych na badania na podstawie kart skierowania do badania TK/RM w kolejności zgłaszania się, z wyjątkiem przypadków nagłych, uzgodnionych z Kierownikiem Zakładu Diagnostyki Obrazowej lub lekarzem;
- d) Nadzór nad urządzeniami systemu tomografii komputerowej i 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;
- e) Nadzór nad systemem informatyczno-archiwizacyjnym oraz współpraca z Działem Informatyki;
 - f) Wykonywanie kopii dokumentacji medycznej dla pacjentów Pracowni Tomografii Komputerowej i Rezonansu Magnetycznego;

9. Oświadczam/y, że:

- 1) posiadam/y ubezpieczenie OC w zakresie prowadzonej działalności / wykonywanej pracy.:
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;
- 2) 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;
- 3) 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;
- 4) ofertę niniejszą składam nakolejno ponumerowanych stronach;
- 5) wraz z ofertą składam następujące oświadczenia i dokumenty:
.....

....., dnia.....

.....
(czytelny podpis Przyjmującego zamówienie,
lub parafka wraz z imienną pieczętą)