

Formularz Oferty

Nazwa Przyjmującego Zamówienie:.....
 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 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:)

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

Osoba realizująca usługę
(imię i nazwisko)

2. Kryterium jakość świadczeń:

zaznaczyć właściwe

A)

- Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy na aparacie SIEMENS MAGNETOM ESSENZA 1,5 T (powyżej 3 lat doświadczenia zawodowego w pracowni rezonansu magnetycznego i powyżej 2 lat pracy na aparacie SIEMENS MAGNETOM ESSENZA 1,5 T) – uzyska 5 pkt
- Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy w pracowni rezonansu magnetycznego powyżej 3 lat pracy – uzyska 3 pkt
- Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy w pracowni rezonansu magnetycznego od 2 do 3 lat pracy – uzyska 0 pkt

B)

- Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy w pracowni tomografii komputerowej powyżej 3 lat - uzyska 5 pkt
- Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy w pracowni tomografii komputerowej od 2 do 3 lat – uzyska 3 pkt
- Wykonawca deklarujący doświadczenie w pracy w pracowni tomografii komputerowej poniżej 2 lat – uzyska 0 pkt

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

5. Kryterium ciągłość świadczeń

Poniżej zaznaczyć właściwe:

- ☐ Deklaruję posiadanie ciągłego doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia, w zakresie odpowiadającym przedmiotowi zamówienia, przez okres powyżej 3 lat
- ☐ Deklaruję posiadanie ciągłego doświadczenia w realizacji usług będących przedmiotem zamówienia, w zakresie odpowiadającym przedmiotowi 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:

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 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 RM w kolejności zgłaszania się, z wyjątkiem przypadków nagłych, uzgodnionych z Kierownikiem Zakładu Diagnostyki Obrazowej lub lekarzem;
- d) 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;
- e) Nadzór nad systemem informatyczno-archiwizacyjnym oraz współpraca z Działem Informatyki;
- f) Wykonywanie kopii dokumentacji medycznej dla pacjentów Pracowni 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)