Załącznik nr 1 do Regulaminu

**FORMULARZ OFERTOWY**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

**Niniejszym składam ofertę** **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dokonywania opisów badań:**

wykonywanie opisów RM przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni   
w roku drogą teleradiologii w trybie:

**Pakiet 1:**

* Pilny głowa, kręgosłup – do 24 godzin od otrzymania obrazu;

**Pakiet 2:**

* Pilny stawy – do 24 godzin od otrzymania obrazu;

**Pakiet 3:**

* Pilny inne – do 24 godzin od otrzymania obrazu;

**Pakiet 4:**

* Planowy głowa, kręgosłup – do 72 godzin od otrzymania obrazu;

**Pakiet 5:**

* Planowy stawy – do 72 godzin od otrzymania obrazu;

**Pakiet 6:**

* Planowy inne – do 72 godzin od otrzymania obrazu.

Zgodnie z poniższymi cenami:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PAKIET** | **WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT**  **zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie** | ***CENA / WARTOŚĆ BRUTTO W ZŁ\**** |
| 1 | Pilny głowa, kręgosłup – do 24 h |  |
| 2 | Pilny stawy – do 24 h |  |
| 3 | Pilny inne – do 24 h |  |
| 4 | Planowy głowa, kręgosłup – do 72 h |  |
| 5 | Planowy stawy – do 72 h |  |
| 6 | Planowy inne – do 72 h |  |

\*podana cena jest ceną obowiązującą przez cały okres obowiązywania umowy

1. Zobowiązuję się do udzielania ww. świadczeń na zasadach określonych w przepisach obowiązującego prawa.
2. W przypadku zmiany przepisów prawa, o których mowa w pkt. 1, zobowiązuję się do dostosowania warunków udzielania świadczeń do aktualnych wymogów określonych   
   ww. przepisami w trakcie trwania umowy.

……………………………...

Pieczątka i podpis

Załącznik nr 2 do Regulaminu

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

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

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

Adres podmiotu

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

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Zatrudniony przeze mnie personel medyczny posiada odpowiednie uprawnienia   
   i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym i innymi organami.
3. Zapoznałem się z regulaminem i warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję ją bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu  
   i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1. ……………………………………………..
2. ……………………………………………..
3. ……………………………………………..
4. ……………………………………………..

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

miejsce i data podpis

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach ul. Korczaka 23, 18-100 Łapy