***Załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu*  **scyntygrafii i densytometrii**

*na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

**Wzór oferty cenowej**

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

Postępowanie ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

*(wpisać przedmiot postępowania)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Oferta cenowa**

Oświadczam, że zobowiązuje się do wykonywania we własnym zakresie badań ………………………………………….……… ………………………………………………………………………………………………………………….. na rzecz Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4

**Zadanie nr 1 - scyntygrafia:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba**  **usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
| 1 | Scyntygrafia perfuzyjna płuc | 20 |  |  |  |
| 2 | Scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych Samatostatyny (Tektrotyd) | 2 |  |  |  |
| 3 | Scyntygrafia dynamiczna nerek+ test Captoprilowy | 60 |  |  |  |
| 4 | Scyntygrafia dynamiczna nerek DTPA | 90 |  |  |  |
| 5 | Scyntygrafia statyczna nerek DMSA | 55 |  |  |  |
| 6 | Scyntygrafia nerek SPECT | 30 |  |  |  |
| 7 | Scyntygrafia wątroby koloid-planer | 7 |  |  |  |
| 8 | Scyntygrafia wątroby koloid- SPECT | 5 |  |  |  |
| 9 | Scyntygrafia przełyku –ocena refluksu żołądkowo- przełykowego | 10 |  |  |  |
| 10 | Scyntygrafia w kierunku uchyłka Meckela | 1 |  |  |  |
| 11 | Scyntygrafia stanu zapalnego-leukocyty | 5 |  |  |  |
| 12 | Scyntygrafia kośćca dynamiczna+statyczna+SPECT | 18 |  |  |  |
| 13 | Scyntygrafia kośćca SPECT | 20 |  |  |  |
| 14 | Scyntygrafia refluksu pęcherzowo-moczowego+SDN | 5 |  |  |  |
| 15 | Scyntygrafia przytarczyc | 30 |  |  |  |
| 16 | Scyntygram tarczycy SPECT-CT, Scyntygram technetowy, Scyntygram jodowy | 40 |  |  |  |
| 17 | Scyntygrafia perfuzyjna serca MIBI/stres+rest/ | 5 |  |  |  |
| 18 | Scyntygrafia kośćca dynamiczna+ statyczna | 75 |  |  |  |
| Razem brutto (zł) | | | | | |

Słownie brutto: ……………………………………………………………

**Uwaga !**

Wskazanie w kolumnie orientacyjnej liczby badań nie stanowi minimalnej ilości jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Oferentowi do wykonania w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać …………….….. osób posiadających następujące kwalifikacje:

1. …………………………………………………………………………………………..,
2. …………………………………………………………………….......................,
3. …………………………………………………………………………………………..,
4. ……………………………………………………………………........................,
5. …………………………………………………………………………………………..,
6. ……………………………………………………………………........................

Proszę określić warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Zadanie nr 2 - densytometria :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp** | **NAZWA BADANIA** | **Orientacyjna liczba**  **usług / rok** | **Oferowana cena jednostkowa za badanie *brutto*** | **Oferowana cena za wszystkie badania *brutto*** | **Czas oczekiwania na wynik** |
| 1 | Densytometria krzyżowo-lędźwiowa kręgosłupa | 50 |  |  |  |
| 2 | Densytometria szyjki kości udowej | 50 |  |  |  |
| Razem brutto (zł) | | | | | |

Słownie brutto: ……………………………………………………………

**Uwaga !**

Wskazanie w kolumnie orientacyjnej liczby badań nie stanowi minimalnej ilości jaką Udzielający zamówienia zobowiązuje się zlecić Oferentowi do wykonania w okresie obowiązywania umowy.

Oświadczam, iż świadczeń zdrowotnych będzie udzielać …………….….. osób posiadających następujące kwalifikacje:

1. …………………………………………………………………………………………..,
2. …………………………………………………………………….......................,
3. …………………………………………………………………………………………..,
4. ……………………………………………………………………........................,
5. …………………………………………………………………………………………..,
6. ……………………………………………………………………........................

Proszę określić warunki lokalowe, wyposażenie w aparaturę i sprzęt medyczny

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………