***Załącznik nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

**Wymagane parametry graniczne:**

**Zadanie nr 1 – wykonywanie badań z zakresu scyntygrafii**

|  |  |
| --- | --- |
| **Lp.** | **Warunki graniczne** |
| 1 | Wszystkie świadczenia wykonywane będą na podstawie zlecenia określonego przez Zleceniodawcę |
| 2 | Przechowywanie zleceń i wyników badań Zlecającego odbywać się będzie zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi |
| 3 | Badania wykonywane będą zgodnie z zasadami dobrej praktyki lekarskiej wyłącznie w siedzibie Wykonawcy w terminie do 10 dni od zgłoszenia. |
| 4 | Wykonawca zobowiązuje się dostarczać Zlecającemu oryginały wyników badań w terminie 7 dni od wykonania. |
| 5 | Możliwość przesyłania wyników drogą elektroniczną |
| 6 | Oświadczenie Wykonawcy o wykonywaniu badań przy wykorzystaniu techniki SPECT, SPECT/CT WHOLE BODY |
| 7 | Do oferty dołączone zostały wiarygodne informacje odnośnie badania:   * Prowadzenie wewnętrznej kontroli jakości – dołączona kopia wydruku lub wypełnionego formularza wewnętrznej kontroli jakości z dowolnego dnia 2019 roku – potwierdzona za zgodność z oryginałem * Osoba odpowiedzialna za udzielanie informacji * Osoba odpowiedzialna za przyjmowanie reklamacji |
| 8 | Tryb rozpatrywania reklamacji – max 48 godzin na podstawie pisemnego zgłoszenia przesłanego do Wykonawcy |
| 9 | Wykonawca wyraża zgodę na poddanie się kontroli Zleceniodawcy na podstawie pisemnego wniosku |

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

*(podpis i pieczątka Oferenta)*

***Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

***.***

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

**O F E R T A**

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

*( wpisać przedmiot postępowania)*

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

**Oferent:** .............................................……………………………………………………………………………………………

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

………….....................................................................................................................................................

Oferta zawiera …… kolejno ponumerowanych stron.

………………………………………….

(*podpis i pieczątka oferenta)*

***Załącznik nr 3 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

Wzór spisu treści

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

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

*(wpisać przedmiot postępowania oferty)*

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

**Spis treści:**

Nr strony (od - do)

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

Oferent: .................………………………………………………………….…………………………………………………………...

*(pełna nazwa oferenta zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)*

.................………………………………………………………………………………………………………………………....………….

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

*(podpis i pieczątka Oferenta)*

***Załącznik nr 4 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

# Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

# FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych polegających na…………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….......………*…………………………………………………………………………………………………………*

*(wpisać przedmiot postępowania)*

- ogłoszonego przez Samodzielny Publiczny Wojewódzki Szpital Zespolony w Szczecinie przy ul. Arkońskiej 4 oświadczam, co następuje:

1. Oświadczam, że oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
2. Oświadczam, że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty realizacji zamówienia, oraz że cena nie zostanie zmieniona w trakcie wykonywania przedmiotu zamówienia.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i w terminach uzgodnionych z Udzielającym zamówienie.
4. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
5. Oświadczam, że posiadamy przeszkolony i wykwalifikowany personel zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, gwarantujący wykonanie usługi z należytą starannością.
6. Oświadczam, że spełniam wymagane parametry graniczne, określone w załączniku Nr 1 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert.
7. Oświadczam, że posiadamy odpowiedni sprzęt specjalistyczny oraz pozwolenia w zakresie wykonywania przedmiotu konkursu określonego w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.
8. Oświadczam, że:
9. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
10. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
11. akceptuję projekt umowy, i zapisy w nim zawarte;
12. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.
13. Oświadczam, że wszystkie załączone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
14. Oświadczam, ze oferta składa się z ................ponumerowanych stron.

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

*(podpis i pieczątka oferenta)*

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

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii 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 - wykonywanie badań z zakresu scyntygrafii**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 | 130 |  |  |  |
| 2 | Scyntygrafia wentylacyjna płuc | 50 |  |  |  |
| 3 | Scyntygrafia tarczycy technetowa, jodowa | 20 |  |  |  |
| 4 | Scyntygrafia kości statyczna + dynamiczna | 550 |  |  |  |
| 5 | Scyntygrafia kości statyczna + dynamiczna + SPECT | 60 |  |  |  |
| 6 | Scyntygrafia dynamiczna nerek DTPA | 35 |  |  |  |
| 7 | Scyntygrafia statyczna nerek DMSA | 20 |  |  |  |
| 8 | Scyntygrafia dynamiczna nerek + test Captoprilowy | 30 |  |  |  |
| 9 | Scyntygrafia serca MIBI /wysiłek + spoczynek/ | 10 |  |  |  |
| 10 | Scyntygrafia wątroby koloid - SPECT | 10 |  |  |  |
| 11 | Scyntygrafia ognisk zapalnych ze znakowanymi leukocytami | 20 |  |  |  |
| 12 | Scyntygrafia przytarczyc MIBI | 50 |  |  |  |
| 13 | Scyntygrafia z zastosowaniem pochodnych Somatostatyny (Tektreotyd) | 10 |  |  |  |
| 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

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..…………………….

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

*(podpis i pieczątka Oferenta)*

***Załącznik nr 6 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert***

*na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu scyntygrafii na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w Szczecinie****.***

**Wzór danych o Oferencie**

Pieczątka firmowa z pełną nazwą Oferenta

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

*(wpisać przedmiot postępowania)*

…………………………………………………………………………………………………..........

**Dane o Oferencie:**

1. Pełna nazwa oferenta - numer wpisu do właściwego rejestru, numer wpisu do właściwego rejestru ZOZ (KRS, ewidencja działalności gospodarczej).

…………………………………………………………………………………………………….……….

2. Adres Oferenta

ul……………………………………., nr…………………………………………………………...…

Kod pocztowy……………………., miejscowość…………………………………………..

Telefon……………………………, fax………………………………………………………….…

Regon………………………..NIP…………………………………………………………….……..

Nazwa banku, nr rachunku ………………………………………………………………….

Wymagane dokumenty:

Kserokopia wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej oraz odpis aktualnych rejestrów (KRS, ewidencji o działalności gospodarczej) potwierdzający, że profil działania Oferenta odpowiada profilowi usług objętych niniejszym konkursem.

……………………………….

*(Podpis i pieczątka Oferenta)*