

**O F E R T A**

**dla**

**Śląskiego Centrum Chorób Serca w Zabrze**

Dotyczy: udzielania świadczeń zdrowotnych z zakresu teleradiologii

**I. Dane Oferenta**

Pełna nazwa Oferenta (zgodnie z właściwym rejestrem):

.....

Adres:

.....

.....

Numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego:

.....

NIP:

.....

REGON:

.....

Nr KRS:

.....

Osoba do kontaktów w sprawie oferty : Imię i nazwisko:

.....

Telefon:

e-mail

.....

.....

.....

data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

**II. Oświadczenie nr 1**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Regulaminem konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy wraz z załącznikami, który stanowi załącznik nr 3 do Regulaminu Konkursu i nie wnoszę do niego żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wyceniłem wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania umowy.
5. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni od daty upływu składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Oświadczam, że posiadam niezbędną wiedzę i doświadczenie do wykonywania przedmiotu postępowania konkursowego.
8. Oświadczam, że dysponuję wykwalifikowanym personelem o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych do pełnej realizacji przedmiotu konkursu.
9. Oświadczam, iż po podpisaniu umowy na świadczenia, będące przedmiotem niniejszego konkursu umowa ta zostanie wpisana do Portalu Świadczeniodawcy ŚOW NFZ.
10. Oświadczam, że nie jest w stanie likwidacji.
11. Oświadczam, że w stosunku do podmiotu składającego ofertę nie toczy się postępowanie upadłościowe.
16. Oświadczam, że posiadam ważną i aktualną polisę ubezpieczenia OC. W sytuacji, gdy w trakcie obowiązywania umowy, umowa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej wygaśnie, zobowiązuję się zawrzeć nową umowę ubezpieczenia.
17. Oświadczam, że akceptuję warunki płatności.

.....  
data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

**III. Oświadczenie nr 2**

Oświadczam, iż zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych, będących przedmiotem konkursu zgodnie z poniższymi warunkami:

**Warunki realizacji usług**

1. Wymogi dotyczące sposobu wykonywania świadczeń
  - 1) Opis TK (wraz z konsultacją przebiegu badania) w trybie pilnym w przeciągu 2 godzin od wykonania procedury
  - 2) Opis TK ( wraz z konsultacją przebiegu badania ) w trybie CITO-CITO w przypadku wykonanych procedur wymagających interwencji bieżącej
  - 3) Doraźny opis RTG w trybie CITO-CITO w przypadku wykonanych procedur wymagających interwencji bieżącej
  - 4) Nadzór bieżący w zakresie wykonania procedury oraz bieżąca współpraca z personelem medycznym Pracowni
  - 5) Dedykowany dla Udzielającego Zamówienie zespół - minimum 4 lekarzy specjalistów z zakresu radiologii
2. Szacunkowa ilość badań w miesięcznym okresie rozliczeniowym  
Udzielający zamówienia zastrzega, iż nie gwarantuje minimalnej liczby zleconych badań
3. Usługi wykonywane będą:
  - 1) Przez lekarzy posiadających odpowiednią wiedzę oraz kwalifikacje
  - 2) Zgodnie z obowiązującą wiedzą medyczną
  - 3) Z zachowaniem należytej staranności
4. Udzielający zamówienia wymaga, aby opisy badań wykonywali wyłącznie lekarze specjaliści z zakresu radiologii.
5. Przyjmujący zamówienie musi posiadać niezbędną do realizacji przedmiotu konkursu infrastrukturę w szczególności oprogramowanie.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest należycie zabezpieczyć dostęp do transmitowanych danych przed osobami niepowołanymi.
7. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do przeszkolenia personelu udzielającego zamówienia w zakresie obsługi oraz użytkowania zaproponowanego rozwiązania informatycznego.
8. W celu zapewnienia niezakłóconego wykonania postanowień umowy Przyjmujący Zamówienie wyznaczy osoby do kontaktów.
9. Warunki wykonywania usługi:
  - 1) Świadczenia zdrowotne udzielane będą od poniedziałku do piątku w godzinach 16:00-08:00 (wraz z sobotą do godz. 8.00)
  - 2) Czas na realizację opisu :

Tomografia komputerowa	głowa, mózgowie, 1-odcinek kręgosłupa, zatoki	opis w trybie nagłym - CITO - 2 godziny, CITO-CITO interwencja bieżąca: podejrzenie udaru niedokrwinnego podejrzenie udaru krwotocznego podejrzenie krwiaka
Tomografia komputerowa	twarzoczaszka, klatka piersiowa, piramidy kości skroniowych, stawy jama brzuszna, miednica, angiografia	opis w trybie nagłym - CITO - 2 godziny, CITO-CITO Interwencja bieżąca: Podejrzenie zatorowości płucnej Podejrzenie niedokrwienia Podejrzenie rozwarstwienia Podejrzenie niedrożności układu tętniczego ( zatoru ) Podejrzenie aktywnego krwawienia tętniczego Podejrzenie perforacji przewodu pokarmowego
RTG	twarzoczaszka, klatka piersiowa,	opis w trybie nagłym - CITO - 2 godziny,

.....  
data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

**IV. Formularz cenowy na świadczenia zdrowotne w zakresie opisów za pośrednictwem teleradiologii**

Nazwa usługi	j.m.	Ilość	Cena jednostkowa netto	Stawka VAT	Wartość brutto
Usługa pozostawania w gotowości do świadczenia usług teleradiologicznych od poniedziałku do piątku ( dni robocze) w godz. od 16.00 do 8.00 ( wraz z sobotą do godziny 8.00)	1 godzina	8048			
Opis badania TK wraz z konsultacją przebiegu badania	1 badanie	720			
Opis badania RTG	1 badanie	240			
<b>Łączna wartość brutto</b>					

**Podane powyżej ilości poszczególnych usług są szacunkowe na okres 24 miesięcy**

.....  
data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

**V. Wykaz personelu Przyjmującego Zamówienie , który będzie wykonywał usługi będące przedmiotem konkursu**

Lp.	Imię i nazwisko lekarza + stopień naukowy	Numer prawa wykonywania zawodu	Posiadane specjalizacje
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

.....  
data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych

**VI. Osoby do kontaktów:**

W celu zapewnienia niezakłóconego wykonania postanowień umowy Przyjmujący Zamówienie wyznacza osoby do kontaktów.

- 1) Informatyk (w tym awarie systemu) .....  
e-mail: .....  
tel: .....
- 2) Koordynator Usług Teleradiologii .....  
e-mail: .....  
tel. ....
- 3) Osoba do której należy zgłaszać korekty treści wyniku .....  
e-mail: .....  
  
Tel .....  
  
4) Koordynator Medyczny .....  
e-mail: .....  
  
tel. ....

**Załączniki do oferty (zgodnie z Regulaminem):**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....  
(rozszerzyć zgodnie z wymaganiami)

.....  
data, pieczęć i podpis Oferenta lub osób upoważnionych