Załącznik nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTOWY

W POSTĘPOWANIU KONKURSOWYM NA WYKONYWANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO

Pełna nazwa oferenta:

…………………………………………………………………………………………………

Adres oferenta: (województwo, kod, miejscowość, ulica, nr domu, nr lokalu)

…………………………………………………………………………………………………

Numer telefonu………………………………………………………………………………….

Adres e-mail …………………………………………………………………………………….

Numer fax……………………………………………………………………………………….

Numer NIP………………………………………………………………………………………

Numer REGON............................................................................................................................

Numer rejestru podmiotów leczniczych ………………..............................................................

Numer KRS...................................................................................................................................

Numer konta bankowego………………………………………………………………………..

Nazwisko i funkcja osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta: ……………………..

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

Kontakt z Oferentem:

* Osoba ……………………………………………
* tel: …………………………….. fax: …………………………….

Niniejszym zgłaszamy gotowość przystąpienia do konkursu ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert z dnia 14 stycznia 2020r.

1. Niniejszym oświadczam/y, że:
2. wszelkie podane przez nas informacje są prawdziwe,
3. zapoznałem/liśmy się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz uzyskaliśmy wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty,
4. spełniam/y niezbędne warunki w zakresie kwalifikacji personelu,
5. czuję/emy się związani niniejszą ofertą na czas wskazany w SWKO,
6. zapoznałem/liśmy się z warunkami umów określonymi w załącznikach nr 4 i 5 do SWKO i akceptujemy je bez zastrzeżeń oraz zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia,
7. zobowiązuję/emy się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych,
8. zobowiązuję/emy się do przedstawienia Udzielającemu Zamówienia koncepcji adaptacji pomieszczeń i harmonogramu prac adaptacyjnych oraz poddania się kontroli Udzielającego zamówienia w zakresie zgodności z koncepcją i harmonogramem realizowanych prac,
9. zobowiązuję/emy się do adaptacji pomieszczeń przeznaczonych na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań rezonansu magnetycznego tak, aby odpowiadały one obowiązującym, określonym prawem, wymaganiom stawianym pracowniom rezonansu magnetycznego, przy wykorzystaniu własnych środków finansowych,
10. zobowiązuję/emy się do wykonywania badań przy wykorzystaniu zainstalowanej przez siebie aparatury medycznej, spełniającej wymagania określone w SWKO,
11. zobowiązuję/emy się do żądania zapłaty za wykonane usługi w terminie 30 dni licząc od daty wpłynięcia faktury/rachunku do siedziby Udzielającego zamówienia.
12. Niniejszym oferujemy następujące ceny za badania diagnostyczne w zakresie rezonansu magnetycznego.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Rodzaj badania | Średnioroczna liczba badań | Cena jednostkowa  PLN | Wartość brutto  PLN |
| 1. | Rezonans Magnetyczny – badanie bez kontrastu |  |  |  |
| 2. | Rezonans Magnetyczny - badanie z kontrastem |  |  |  |
|  | Razem 12 miesięcy |  | | |
|  | Razem 36 miesięcy |  | | |

W przypadku wykonania w miesiącu liczby świadczeń, których wartość przekroczy 10 000,00 zł, Przyjmujący zamówienie udzieli Udzielającemu zamówienia rabatu w wysokości 10% za każde badanie powyżej wskazanej wartości. Rabat będzie naliczany od cen jednostkowych badań wskazanych w formularzu ofertowym.

………………………..

Data i podpis Oferenta