Załącznik nr 1 do SWKO i Umowy

………………………………….

Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań TK w razie awarii  
 dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego   
im. prof. K. Gibińskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, 40-952 Katowice.**

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP…………………………………… Regon

Fax……………………………………………. e-mail:

nr rachunku bankowego:

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne   
im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań TK w razie awarii.

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) przez okres wskazany w załączniku nr 2 do SWKO (tj. wzorze umowy).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi  
   w SWKO i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w rzeczowym zakresie objętym SWKO.
4. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na zawartych w niej warunkach.

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

miejscowość, data podpis oferenta

**Badania TK wykonywane w przypadku awarii sprzętu Udzielającego Zamówienie, całodobowo.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania** | **Ilość badań \*** | **Cena 1 badania** | **Wartość badania** | |
| 1 | **TK głowy bez kontrastu** | **5** |  |  | |
| 2 | **TK głowy z kontrastem (lub przed i po podaniu środka kontrastowego)** | **2** |  |  | |
| 3 | **TK jamy brzusznej bez kontrastu z rekonstrukcjami** | **3** |  |  | |
| 4 | **TK jamy brzusznej wielofazowe z kontrastem z rekonstrukcjami** | **2** |  |  | |
| 5 | **TK wielofazowe** | **7** |  |  | |
| 6 | **TK zatok obocznych nosa bez kontrastu z rekonstrukcjami** | **2** |  |  | |
| 7 | **TK szyi z kontrastem (lub przed i po podaniu środka kontrastowego) z rekonstrukcjami** | **2** |  |  | |
| 8 | **TK szyi bez kontrastu z rekonstrukcjami** | **3** |  |  | |
| 9 | **TK jamy brzusznej (lub przed i po podaniu środka kontrastowego) z rekonstrukcjami** | **5** |  |  | |
| 10 | **TK klatki piersiowej i śródpiersia bez kontrastu z rekonstrukcjami** | **2** |  |  | |
| 11 | **TK klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem(lub przed i po podaniu środka kontrastowego) z rekonstrukcjami** | **5** |  |  | |
| 12 | **TK angiografia** | **3** |  |  | |
| 13 | **TK kręgosłupa (C lub Th lub L-S) bez kontrastu** | **2** |  |  | |
| 14 | **TK kręgosłupa (C lub Th lub L-S) z kontrastem** | **2** |  |  | |
| RAZEM: | | | |  | |
|  |

**\*Ilości badań są szacunkowe w okresie obowiązywania umowy.**

**Miejsce udzielania świadczeń oraz ilość km od budynku Udzielającego Zamówienia znajdującego się w lokalizacji: Katowice ul. Medyków 14**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Załącznik nr 3 do SWKO

**Dane personelu odpowiedzialnego za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Imię i Nazwisko** | **Kwalifikacje personelu** | **Specjalizacja** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |