Formularz ofertowy – Załącznik nr 2 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWY**

# **Przedmiot konkursu**

Wykonywanie opisów badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i radiologii klasycznej w oparciu o teleradiologię na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakład Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie

# **Udzielający Zamówienia**

# Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich w Chorzowie

# 41-500 Chorzów, ul. Strzelców Bytomskich 11; KRS: 0000011939, NIP 627-19-23-530

# **Dane Oferenta**

Nazwa Oferenta ………………………………………………………………………………………………………….

Siedziba Oferenta ………………………………………………………………………………………………………….

NIP ………………………………………… Regon …………………………………………

tel. ………………………………………… faks …………………………………………

Osoba do kontaktu ……………………………………………………………………………………………………….

Dane teleadresowe osoby do kontaktu (jeśli taka osoba została wyznaczona)

…………………………………………………………………………………………………………. (tel.; faks; e-mail)

Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert z zakresu wykonywania opisów badań tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego i radiologii klasycznej w oparciu o teleradiologię na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakład Opieki Zdrowotnej Zespołu Szpitali Miejskich w Chorzowie, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO), oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia:

za cenę (brutto): ……….………………… zł; słownie: ……...……...…………………………………………………

# **Termin realizacji: 12 miesięcy od daty zawarcia umowy, czyli od 01.07.2025 r.**

# **Wymagania szczegółowe - Warunki wymagane**

1. Zapewnienie dostępu do świadczeń: 7 dni w tygodniu przez 24 godziny – 365 dni w roku;
2. Wynik/opis badania przekazywane będą drogą elektroniczną (zgodnie z wybranym trybem:   
   „na cito” „pilny”, „planowy”):

* w trybie „na cito”: do 60 minut od chwil otrzymania danych,
* w trybie „pilny”: do 48 godzin od chwil otrzymania danych,
* w trybie „planowy”: do 5 dni roboczych.

1. Przyjmujący zamówienie przystąpi (każdorazowo) do realizacji świadczenia od chwili otrzymania danych, czyli w dacie i godzinie widocznej w systemie PACS potwierdzającej otrzymanie kompletnych danych w formie elektronicznej.   
   Przez chwilę otrzymania danych należy rozumieć datę i godzinę widocznego w systemie PACS potwierdzenia otrzymania kompletnych danych w formie elektronicznej. Jednocześnie każde odstępstwo od opisu zwykłego (planowy) wymaga potwierdzenia statusu opisu przez Udzielającego zamówienia.
2. Przyjmujący zamówienie umożliwi dostęp do wyników badań w systemie informatycznym PACS w postaci plików .PDF opatrzonych faksymile lekarza opisującego oraz podpisem elektronicznym, niezwłocznie po wykonaniu opisu badania.

# **Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się i oświadcza, że:**

1. przejmuje na siebie pełną odpowiedzialność za wykonanie opisu lekarskiego badań obrazowych zleconych przez Udzielającego zamówienia,
2. opisy badań będą wykonywane przez osoby legitymujące się wymaganymi kwalifikacjami,
3. jest ubezpieczony od odpowiedzialności cywilnej za szkody powstałe w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym umową;
4. ma obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia (zgodnie z warunkami umowy na świadczenie usług zdrowotnych).

# **Wymagania dodatkowo punktowane**

# Posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO – w zakresie przedmiotu zamówienia ważnego na dzień składania oferty: | TAK | NIE | **[[1]](#footnote-2)**

# Termin płatności faktur za wykonane świadczenia: : | 30 dni | 60 dni | **[[2]](#footnote-3)**

# **Informacje uzupełniające**

1. Minimalna liczba osób, które będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszej umowy, wynosi ………………………..….. [podać liczbę osób]
2. Opisy badań wykonywane będą w lokalizacji (dane adresowe):

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

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

1. Osobą odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących

przedmiotem niniejszego konkursu jest ………………………………………………….…………………

[ wypełnić: imię i nazwisko]

1. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:

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

# **Oświadczenie Oferenta:**

* uważam się za związanego ofertą do upływu terminu wskazanego w szczegółowych warunkach konkursu ofert,
* z pełną starannością zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia określonymi w SWKO i projekcie umowy, przyjmuję je bez
* zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego Zamówienia,
* wszystkie składające się na ofertę dokumenty, w tym oświadczenia, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty,
* uzyskałem wszystkie konieczne informacje, niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania zamówienia na świadczenia będące przedmiotem konkursu.
* nie podlegam wykluczeniu z postępowania na podstawie art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 13 kwietnia 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie przeciwdziałania wspieraniu agresji na Ukrainę oraz służących ochronie bezpieczeństwa narodowego (Dz. U. z 2024 poz. 507z pózn. zm. ).

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

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis osoby

Uprawnionej)

1. Zaznaczyć właściwe; [podkreślić lub otoczyć kółkiem – przykładowo: | TAK | NIE | [↑](#footnote-ref-2)
2. Zaznaczyć właściwe [↑](#footnote-ref-3)