Załącznik nr 1 do SWKO

**MCMG-ZP.2720.4.2023**

**FORMULARZ OFERTOWY – część 4**

w postępowaniu konkursowym na udzielanie świadczeń zdrowotnych w  zakresie wykonywania badań ultrasonograficznych **-** nr referencyjny postępowania: MCMG-ZP.2720.4.2023prowadzonym przez Miejskie Centrum Medyczne „Górna” w Łodzi

Oferta dotyczy realizacji świadczeń zdrowotnychw zakresie:

**wykonywania badań ultrasonograficznych**

Dane identyfikacyjne Oferenta zgodnie z właściwymi ewidencjami lub rejestrami w tym odpowiednio: imię i nazwisko (nazwę i siedzibę), adres zamieszkania.

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

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

Numer wpisu do właściwego rejestru lub ewidencji …...…………………..……………

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

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

Numer NIP……………………………………..………………………...……………………

Numer REGON …………………………………………………………………....…………

1. Niniejszym zgłaszam gotowość udzielania świadczeń zdrowotnych określonych powyżej, zgodnie z treścią Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr referencyjny postępowania MCMG-ZP.2720.4.2023.
2. Oświadcza, że zapoznałam/łem się z treścią ogłoszenia i Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert w przedmiocie konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz uzyskałam/łem wszystkie informacje i wyjaśnienia konieczne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam, że spełniam niezbędne warunki w zakresie wymaganych kwalifikacji.
4. Oświadczam, że jestem związana/y niniejszą ofertą przez okres 30 od dnia składania ofert.
5. Oświadczam, że nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o wykonywanie świadczeń.
6. Oświadczam, że zapoznałam/łem się z warunkami umowy określonymi w załączniku nr 2 do SWKO i akceptuję je bez zastrzeżeń oraz zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Oświadczam, że zobowiązuję się do wypełniania swoich obowiązków, zgodnie ze sposobem organizacji oraz harmonogramem czasu pracy uzgodnionym z Udzielającym zamówienia.
8. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty polisa ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie oferowanego rodzaju świadczeń zdrowotnych będzie kontynuowana w całym okresie trwania umowy.
9. Zobowiązuję się do zachowania tajemnicy i wykorzystania informacji uzyskanych w wyniku postępowania konkursowego wyłącznie do celów ofertowych.
10. Oferuję następującą cenę na świadczenia zdrowotne, będące przedmiotem konkursu:

**Oferowana cena/stawka:**

* 1. za wykonanie badania ultrasonograficznego

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa badania** | **Oferowana cena****🟋** | **Określenie wieku, od którego będą wykonywane badania** |
| 1 | Echokardiografia |  |  |
| 2 | USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej |  |  |
| 3 | USG gruczołu krokowego |  |  |
| 4 | USG jamy opłucnej |  |  |
| 5 | USG klatki piersiowej |  |  |
| 6 | USG kończyn górnych lub kończyn dolnych |  |  |
| 7 | USG krtani |  |  |
| 8 | USG moszny w tym jąder i najądrzy |  |  |
| 9 | USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego |  |  |
| 10 | USG ślinianek |  |  |
| 11 | USG śródpiersia |  |  |
| 12 | USG tarczycy i przytarczyc |  |  |
| 13 | USG układu moczowego – inne |  |  |
| 14 | USG węzłów chłonnych |  |  |
| 15 | USG naczyń kończyn dolnych – doppler |  |  |
| 16 | USG naczyń kończyn górnych – doppler |  |  |
| 17 | USG naczyń nerkowych – doppler |  |  |
| 18 | USG naczyń szyi – doppler |  |  |
| 19 | USG przezczaszkowa – doppler |  |  |
| 20 | USG innych obszarów układu naczyniowego – doppler |  |  |
| 21 | USG gruczołu piersiowego i dołów pachowych |  |  |
| 22 | USG transwaginalne/ginekologiczne |  |  |
| 23 | USG ciąży |  |  |

🟋 w przypadku nie wykonywanie badania należy wstawić 0,00

*Powyższe kryterium służy do porównania ofert i wyboru Świadczeniodawcy.*

* 1. Za pacjenta przyjętego komercyjnie **70 % (słownie siedemdziesiąt procent)**

……………………………………….

Data i Podpis Oferenta

**Załącznikami do oferty są:**

1)

2)

3)

4)

5)