*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

…………………………………………………

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

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

…………………………………………………..

 Adres podmiotu

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

 Rodzaj rejestru, NIP

**Oferta**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań z opisem rezonansu magnetycznego dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie**

Niniejszym składam ofertę na wykonywanie:

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nazwa badania** | **Cena za jedno badanie brutto** |
| 1 | MR: badanie głowy bez kontrastu |  |
| 2 | MR: badanie innej okolicy anatomicznej (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) bez wzmocnienia kontrastowego  |  |
| 3 | MR: badanie dwóch innych okolic anatomicznych (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) bez wzmocnienia kontrastowego  |  |
| 4 | MR: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) |  |
| 5 | MR: badanie głowy z kontrastem |  |
| 6 | MR: badanie dwóch innych okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (poza badaniem jednego odcinka kręgosłupa lub stawów krzyżowo biodrowych) |  |
| 7 | MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |  |
| 8 | MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego |  |
| 9 | MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  |
| 10 | MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  |
| 11 | angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego |  |
| 12 | angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR 4) |  |
| 13 | MR serca - badanie czynnościowe i morfologiczne - bez wzmocnienia kontrastowego lub bez i ze wzmocnieniem kontrastowym |  |

Oświadczam, że badania rezonansu magnetycznego wykonywane będą pod adresem:

………………………………………………………………………………………………………………

tj. …………… km od siedziby Udzielającego zamówienie.

Pieczątka i podpis

 *Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

……………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

……………………………………………………………………………

 Adres podmiotu

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

 Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuje wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Dopuszczam zmianę treści umowy przed jej podpisaniem w razie konieczności wprowadzenia takich zmian w wyniku okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ogłaszania postępowania konkursowego.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

**Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:**

* 1. ……………………………………………
	2. …………………………………………...
	3. ……………………………………………
	4. ……………………………………………
	5. …………………………………………...
	6. ……………………………………………

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

miejsce i data podpis