*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 USG i USG Doppler wraz z opisem,***

***- wykonywania opisów badań mammograficznych, TK, RTG\****

\* niepotrzebne skreślić

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie:

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

 *(wpisać zakres)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania z opisem** | **Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) za jedno świadczenie** | Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena jednego świadczenia (brutto) |
| 1 | Mammograficzne-opis | **20,80 zł** |  |
| 2 | TK-opis | **51,00 zł** |  |
| 3 | Rtg-opis | **12,80 zł** |  |
| 4 | USG-badanie+opis  | **41,00 zł** |  |
| 5 | USG Doppler-badanie +opis | **61,00 zł** |  |

Zobowiązuję się do udzielania w/w świadczeń zdrowotnych według harmonogramu zawierającego, co najmniej dni i godziny oraz wykaz osób przedkładanego do 25 dnia każdego miesiąca na miesiąc kolejny do Sekcji Kadr i Sekcji Kontraktów i Statystyki. Harmonogram wymaga zatwierdzenia przez Z-cę Dyrektora ds. Lecznictwa. **Dostarczenie w/w harmonogramu stanowi podstawę do rozliczenia świadczeń wykazanych na fakturze**. Poza zatwierdzonym harmonogramem zobowiązuję się do realizacji dodatkowych świadczeń, w dni wskazane przez Kierownika Zakładu Diagnostyki Obrazowej lub innej upoważnionej osoby, po uzgodnieniu telefonicznym.

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. 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