

Warszawa, dn. _____

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Warszawa Wola-Śródmieście,
ul. Ciołka 11, 01-445 Warszawa

OFERTA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych
dla pacjentów Udzielającego zamówienia

Imię i nazwisko lub nazwa firmy _____

Adres: _____

Tel: _____ e-mail: _____

NIP: _____ REGON: _____

Proponujemy następujące warunki wykonywania badań diagnostycznych:

Pakiet nr 1

Rodzaj badania	Szacunkowa liczba badań na cały okres obowiązywania umowy	Cena jednostkowa badania	Dostępność (dni, godziny)	Czas oczekiwania na wykonanie badania	Miejsce wykonania badania	Telefon dla pacjentów do zapisu na badanie
Test Quantiferon	25					

Pakiet nr 2

Rodzaj badania	Szacunkowa liczba badań na cały okres obowiązywania umowy	Cena jednostkowa badania	Dostępność (dni, godziny)	Czas oczekiwania na wykonanie badania	Miejsce wykonania badania	Telefon dla pacjentów do zapisu na badanie
Gazometria	35					

Pakiet nr 3

Rodzaj badania	Szacunkowa liczba badań na cały okres obowiązywania umowy	Cena jednostkowa badania	Dostępność	Czas oczekiwania na	Miejsce wykonania badania	Telefon dla pacjentów do zapisu na badanie
EEG dzieci	25					
EEG dzieci we śnie	200					

Informacja dodatkowa: Szacunkowe ilości poszczególnych badań podane w niniejszym wykazie służą tylko do wyliczenia wartości oferty w celu umożliwienia porównania ofert i nie mogą być podstawą jakichkolwiek roszczeń wybranego Przyjmującego zamówienie w stosunku do Udzielającego zamówienia.

Osobą upoważnioną do kontaktów z Udzielającym zamówienia jest _____

Tel: _____ e-mail: _____

Załączniki, które będą dostarczone po wyborze niniejszej oferty:

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.

8.

9.

Podpis/y osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego zamówienie

(miejscowość, data)

**Załącznik nr 3
do Warunków postępowania**

Dane Przyjmującego zamówienie:

Nazwa:

adres:

nr telefonu:

OŚWIADCZENIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Oświadczam, że jako Przyjmujący zamówienie:

- 1) zapoznałem się z warunkami postępowania na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych dla pacjentów Udzielającego zamówienia w latach 2020/2022 roku. Nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków i uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami;
- 2) zapoznałem się ze wzorem umowy, który stanowi załącznik nr 2 do „warunków”. Akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru naszej oferty, do jej zawarcia.;
- 3) zapoznałem się z klauzulą informacyjną stanowiącą załącznik nr 4 do „warunków”;
- 4) personel medyczny który będzie wykonywał badania diagnostyczne posiada kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym przedmiotem umowy;
- 5) posiadam tytuł prawny do korzystania z:
 - a) lokali lub budynków, w których będą udzielane świadczenia,
 - b) sprzętu i aparatury medycznej stanowiącej ich wyposażenie;
- 6) będę wykonywał świadczenia objęte umową w lokalach i pomieszczeniach oraz przy pomocy sprzętu i aparatury, o których mowa w pkt 4;
- 7) będę wykonywał świadczenia w pomieszczeniach spełniających wymogi sanitarno-epidemiologiczne;
- 8) spełniam inne wymogi określone w odrębnych przepisach dla podmiotów udzielających świadczenia opieki zdrowotnej;
- 9) przedstawiłem w ofercie i niniejszych oświadczeniach informacje, które są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Podpis/y osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującego zamówienie