# Załącznik nr 1 do SWKO

# **OFERTA KONKURSOWA**

**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. **Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert (SWKO) i nie wnoszę zastrzeżeń.**
2. **OFERENT:**

 Nazwa podmiotu: ...........................................................................................................................

 Adres: ............................................................................................................................................

 NIP: ...............................................................................................................................................

REGON: ........................................................................................................................................

KRS: ……………………………………………………………………………………………..

**III.** W odpowiedzi na ogłoszenie o konkursie ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych
w zakresie usługi teleradiologii polegającej na interpretacji i opisie zdalnym wykonanych przez Udzielającego zamówienie badań: RTG i TK (tomografii komputerowej), umieszczonych na serwerze Przyjmującego zamówienie oraz zwrotnym przekazaniu tą drogą wykonanych opisów tych badań oferuję/my realizację zamówienia będącego przedmiotem konkursu według szacunkowych ilości podanych przez Udzielającego Zamówienia na następujących warunkach:

1. **Wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę ofertową brutto:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Nazwa badania** | **Szacunkowa ilość badań w roku** | **Cena jednostkowa****brutto w PLN** | **Wartość roczna****brutto w PLN** |
| **1.** | Opis badania RTG w trybie planowym (96 h) | **400** |  |  |
| **2.** | Opis badania RTG w trybie planowym krótkim (24 h) | **100** |  |  |
| **3.** | Opis badania RTG w trybie cito (6 h) | **400** |  |  |
| **4.** | Opis badania RTG w trybie na ratunek (2 h) | **3** |  |  |
| **5.** | Opis badania TK w trybieplanowym (96 h) | **20** |  |  |
| **6.** | Opis badania TK w trybie planowym krótkim (24 h) | **20** |  |  |
| **7.** | Opis badania TK w trybie cito (6 h) | **80** |  |  |
| **8.** | Opis badania TK w trybie na ratunek (2 h) | **10** |  |  |
| **9.** | Opis badania TK onkologiczne (14 dni) | **15** |  |  |
|  | **Razem** | **----------------** | **-----------------------** |  |

1. **Wartość udzielonych świadczeń, według szacunkowych ilości podanych przez Zamawiającego, wyniesie rocznie ...................................... zł brutto,**

**słownie: …………………………………………………………………………………………**

**V. Zamawiający zastrzega sobie prawo zlecania badań w ilości wynikających z jego rzeczywistych potrzeb, a ilości podanych świadczeń mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmianie, co nie może być podstawą jakichkolwiek roszczeń ze strony Oferenta. Jednocześnie Zamawiający zastrzega, że zleci nie mniej niż 50% szacunkowej ilości badań wskazanych w formularzu ofertowy.**

**VI. Czas trwania umowy:** **od 01.10.2025 roku do 30.09.2027 roku**

**VII. Oferta obejmuje wykonywanie czynności zgodnie z projektem umowy stanowiącej załącznik nr 2 SWKO.**

**VIII. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 4 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach.**

**VIII. Załączniki do niniejszej oferty:**

**Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w celu przeprowadzania postępowania konkursowego na udzielanie świadczeń zdrowotnych nr 23/2025**

…………………………………. ……………………………………..

 (miejscowość, data) (podpis Oferenta)