……..

……..

……..
/Nazwa i adres (pieczęć adresowa) Oferenta)

O F E R TA
na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz
Wojewódzkiego Podkarpackiego Szpitala Psychiatrycznego
im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy
w zakresie:

1) diagnostyki laboratoryjnej *-(pakiet nr 1)
2) diagnostyki rentgenowskiej, tomografii komputerowej, konsultacji specjalistycznych, rezonansu magnetycznego, i inne *,(pakiet nr 2)
3) administracyjna sekcja zwłok wraz z kosztami materiałowym(pakiet nr 3)

Nazwa podmiotu.....

Adres podmiotu.....

Rodzaj podmiotu …….....

NIP..... REGON.....

KRS lub wpis do CEIDG .....

Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą o którym mowa w art. 100 i 106 ust. 1 ustawy o działalności leczniczej....., prowadzonym przez …….....

Osoba uprawniona do złożenia i podpisania oferty w imieniu podmiotu

…….....
Dane kontaktowe Oferenta:

Adres korespondencyjny…….

……

Telefon/ fax …… Adres e-mail …….

.....

pieczątka i podpis Oferenta lub
upełnomocnionego przedstawiciela(li) Oferenta

1. <u>Oświadczenia Oferenta:</u>

1. Zapoznał się z warunkami SWKO i nie wnosi uwag, co do jej treści;
2. Jako Przyjmujący Zamówienie przyjmuję termin płatności wskazany w projekcie umowy licząc od daty dostarczenia rachunku do siedziby Udzielającego Zamówienie za wykonane świadczenia zdrowotne;
3. Jako Przyjmujący Zamówienie posiada doświadczenie i zdolność do realizacji przedmiotu zamówienia z należytą starannością, z poszanowaniem praw pacjenta, zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa, aktualną wiedzą medyczną i zasadami etyki zawodowej, a w szczególności zgodnie z Ustawą o świadczeniach zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych (Dz.U z 2019,poz. 1373 z późn. zm.) oraz Umowami z Narodowym Funduszem Zdrowia i jego wymaganiami w zakresie będącym przedmiotem konkursu,
4. Jako Przyjmujący Zamówienie, wyraża zgodę na zawarcie umowy w zakresie Nr……. od **01.01.2027r.-31.12.2029r.**
5. Jako Przyjmujący Zamówienie, w przypadku nie złożenia w ofercie umowy ubezpieczenia OC udokumentuje najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia udzielania świadczeń zdrowotnych,
6. Akceptuje zawarty w SWKO projekt umowy i zobowiązuję się w przypadku wyboru swojej oferty do zawarcia umowy na warunkach w niej określonych, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienie;
7. Poddam się kontroli przeprowadzanej przez Narodowy Fundusz Zdrowia zgodnie z warunkami umowy na świadczenie usług zdrowotnych zawartej pomiędzy Wojewódzkim Podkarpackim Szpitalem Psychiatrycznym im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy, a POW NFZ;
8. Wyrażam zgodę na udostępnianie i przetwarzanie moich danych osobowych przez Wojewódzki Podkarpacki Szpital Psychiatryczny im. prof. E. Brzezickiego w Żurawicy dla potrzeb konkursu oraz czynności niezbędnych do realizacji świadczeń zdrowotnych określonych w umowie, zgodnie z aktualnie obowiązującymi przepisami Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) – RODO oraz w ustawie z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych.
9. **Oświadczam, że jestem w stanie dokonać integracji z systemem udzielającego zamówienie w zakresie przesyłania zleceń badań, jak również wyników badań droga elektroniczną w aplikacji AMMS.**

.....

pieczątka i podpis Oferenta lub
upełnomocnionego przedstawiciela(li) Oferenta

2. <u>Oferty cenowe:</u>

3.1. Oferta cenowa na diagnostykę laboratoryjną – **Pakiet nr 1**

Lp.	Nazwa badania	Szacowana ilość w skali roku	Cena jednostkowa	Wartość ogółem BRUTTO
1	Aminotransferaza alaninowa (ALAT)	3000		
2	Fosfataza alkaliczna (ALP)	10		
3	Amfetamina-test narkotyczny	347		
4	Aminotransferaza asparaginianowa (AST)	2400		
5	Amylaza we krwi	85		
6	Czas kaolinowo-kefalinowy (APTT)	17		
7	Białko całkowite we krwi	20		
8	Bilirubina całkowita	2600		
9	Borelioza (metoda ELFA)	10		
10	WZW typ B antygen HBs-test jakościowy	11		
11	CRP białko C reaktywne	59		
12	Czas protrombinowy (PT),INR	21		
13	D-Dimmery-badanie ilościowe	180		
14	Elektrolity (NA,K,CL)-dobowa zbiórka moczu	23		
15	Etanol	11		
16	FT3	20		
17	FT4	20		
18	Gammaglutamylotransferaza GGT	50		
19	Glukoza krew żylna(surowica)	2500		
20	Proteinogram 22(elektroforeza białek)	34		
21	Kineza kreatynowa CPK	32		
22	Kinaza kreatynowa-izoenzym sercowy CKMB	31		
23	Kreatynina we krwi	60		
24	Krew utajona w kale	119		
25	Kwas moczowy we krwi	80		
26	Kwas foliowy	20		

27	Lipaza	15		
28	Lit. Ilościowo	20		
29	Magnez we krwi	60		
30	Mocz. Badania ogólne	2400		
31	Mocznik we krwi	2600		
32	Morfologia	3000		
33	Morfologia z pełnym zróżnicowaniem leukocytów z retikulocytami	60		
34	Panel tarczycowy	50		
35	Posiew moczu	20		
36	Elektrolity (potas, sód, wapń, chlorki)	3350		
37	Prokalcytonina (PCT)	10		
38	Prolaktyna PRL	10		
39	Immunoglobulina całkowita IgG	8		
40	Antygen swoisty dla stercza (PSA) całkowity	5		
41	Rozmaz krwi obwodowej	55		
42	HIV (antygen + przeciwciała)	14		
43	Troponina I	30		
44	TSH	230		
45	WAPŃ we krwi	344		
46	Wymaz z cewki moczowej	1		
47	Wymaz z rany	1		
48	Żelazo	50		
49	Żelazo plus całkowita zdolność wiazania	5		
50	Badanie w kierunku nosicielstwa Alertpatogenów-wymaz z odbytu	10		
51	Odczyn Biernackiego (OB)	2400		
52	Witamina B12	5		
53	Środki uzależniające w moczu- test 10-cio parametrowy	100		
54	Cholesterol całkowity	10		
55	WZW typ B przeciwciała anty HBs Total test ilościowy	10		
56	Odczyn WR/USR (metoda immunolohromatograficzna)	5		
57	Gonadropina kosmówkowa (HCG)	5		
58	Albumina	20		

59	Białko C-reaktywne (CRP)	30		
			RAZEM	

3.1.1. Miejsce realizacji/ kontakt telefoniczny

1. Miejsce realizacji: .....
2. Kontakt telefoniczny: .....
3. Dostępność*
   a) Całodobowa
   b) Cztery razy dziennie
   c) Trzy razy dziennie
   d) Dwa razy dziennie

.....

pieczątka i podpis Oferenta lub
upełnomocnionego przedstawiciela(li) Oferenta

* niepotrzebne skreślić

3.2. Oferta cenowa na diagnostykę rentgenowską, tomografię komputerową, konsultacje specjalistyczne, rezonans magnetyczny, usług stomatologiczne i inne **– Pakiet nr 2**

Lp.	**Nazwa badania**	**Szacowana ilość w skali roku**	**Cena jednostkowa**	**Wartość ogółem BRUTTO**	**Kontakt telefoniczny**
1	Konsultacja SOR	47			
2	Badanie histopatologiczne	14			
3	Cewnikowanie pęcherza moczowego	5			
4	Ekg	17			
5	Konsultacja anestezjologiczna	2			
6	Konsultacja chirurgiczna	21			
7	Konsultacja chirurgii naczyniowej	3			
8	Konsultacja dermatologiczna	12			
9	Konsultacja kardiologiczna	5			
10	Konsultacja laryngologiczna	15			
11	Konsultacja neurologiczna	16			
12	Konsultacja ortopedyczna	37			

13	Konsultacja pulmonologiczna	12			
14	Konsultacja urologiczna	9			
15	Konsultacja ginekologiczna	3			
16	Konsultacja stomatologiczna(pomoc doraźna)	10			
17	Opieka pielęgniarki	75			
18	Pobranie materiału do badań	27			
19	Podanie anatoksyny tężcowej	4			
20	Podłączenie wlewu dożylnego	40			
21	RTG barku	4			
22	RTG czaszki	1			
23	RTG jamy brzusznej-przeglądowe	4			
24	RTG klp	72			
25	RTG ręki	3			
26	RTG kości podudzia	4			
27	RTG kości udowej	9			
28	RTG kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego	4			
29	RTG kręgosłupa piersiowego	1			
30	RTG miednicy/stawów biodrowych	12			
31	RTG nadgarstka	12			
32	RTG palca ręki	4			
33	RTG ręki	3			
34	RTG stawu kolanowego	5			
35	RTG stawu krzyżowo biodrowego	1			
36	RTG stawu łokciowego	5			
37	RTG stawu skokowego	8			
38	RTG stopy	5			
39	RTG zatok przynosowych	1			
40	Szycie skóry i tkanki podskórnej	4			
41	TK głowy bez kontrastu	28			
42	TK głowy z kontrastem	58			
43	TK kręgosłupa-bez kontrastu 1 przedział anatomiczny	1			

44	TKKLP z kontrastem	2			
45	Unieruchomienie gips	4			
46	USG jamy brzusznej	8			
47	Usunięcie gipsu	3			
48	Usuwanie szwów	5			
49	Założenie, wymiana opatrunku, setonu, sączka	11			
50	Znieczulenie miejscowe	7			
RAZEM		**X**			

3.2.1 Miejsce realizacji/ kontakt telefoniczny

1. Miejsce realizacji: .....
2. Kontakt
3. Dostępność*
   a) Całodobowa
   b) Cztery razy dziennie
   c) Trzy razy dziennie
   d) Dwa razy dziennie

.....

pieczątka i podpis Oferenta lub
upełnomocnionego przedstawiciela(li) Oferenta

2.3. Oferta cenowa na wykonanie - Administracyjna sekcja zwłok wraz z kosztami materiałowymi– **Pakiet nr 3**

PRZECHOWYWANIE i SEKCJE ZWŁOK				
Lp.	**Nazwa badania**	**Ilość**	**Cena jednostkowa**	**Wartość ogółem BRUTTO**
1	Przechowywanie zwłok	5		
2	Administracyjna sekcja zwłok wraz z kosztami materiałowymi	7		
			RAZEM	

3.3.1 Miejsce realizacji/ kontakt telefoniczny

1. Miejsce realizacji: .....
2. Kontakt……
3. Dostępność*
    a) Całodobowa
    b) Cztery razy dziennie
    c) Trzy razy dziennie
    d) Dwa razy dziennie

.....

pieczątka i podpis Oferenta lub
upełnomocnionego przedstawiciela(li) Oferenta

<u>Załączniki, dołączone do Oferty:</u>

1. *Zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych prowadzonego przez Wojewodę* zał. nr …….,*
2. *Poświadczona kopia odpisu z KRS/ poświadczona kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej/ poświadczony wydruk CEIDG* – zał. nr …….,*
3. *Poświadczona kserokopia polisy OC – zał. nr ……,*
4. *Oświadczenie o braku przesłanek wykluczenia z postępowania w związku z przeciwdziałaniem wspierania agresji na Ukrainę*
5. *Upoważnienie do złożenia i podpisania oferty (w przypadku opisanych w pkt. 5 działu VII SWKO).*

……
(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)

* niepotrzebne skreślić