**Udzielający zamówienia**

Szpital Specjalistyczny

im. Świętej Rodziny SPZOZ

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie badań limfoscyntygraficznych, scyntygraficznych i PET-CT**

**- nr K1/2025/DZP/B**

1. **Dane Oferenta:**

Informacje dotyczące Oferenta:

Imię i nazwisko lub zarejestrowana nazwa Oferenta:…………………………………

Zarejestrowany adres: …………………………………

Województwo: …………………………………………….

Numer telefonu: ………………………………………….

Adres email: ………………………………………………..

Numer NIP: …………………………………………………

Numer REGON: ……………………………………………

Numer KRS:………………………………………………….

Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą………………………

Osobą uprawnioną do udzielania informacji na temat złożonej oferty i kontaktu z Udzielającym zamówienie jest: ……………………… adres e-mail ………………………… nr telefonu …………………………

1. **Przedmiot zamówienia**

Nawiązując do postępowania w procedurze konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań limfoscyntygraficznych, scyntygraficznych i PET-CT - nr K1/2025/DZP/B, według bieżących potrzeb Udzielającego zamówienia, składamy poniższą ofertę, oferując wykonanie przedmiotu zamówienia zgodnie z zapisami Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert (SWKO), załącznikami do SWKO oraz ewentualnymi Informacjami dla Oferentów.

1. **Termin wykonania zamówienia**

Przewidywany termin wykonania zamówienia: 36 miesięcy (od 01.06.2025 r. – do 31.05.2028 r.)

1. **Cena i termin wykonania badań**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***L.p.*** | ***Rodzaj badania*** | ***Szacunkowa roczna liczba badań na 12 miesięcy*** | ***Maksymalny termin wykonania badania*** | ***Ofertowany termin wykonania badania*** | ***Cena 1 badania w zł***  ***(brutto)*** | ***Wartość badań na 12 miesięcy w zł (brutto)*** |
|  | PET-CT z zastosowaniem 18-Fluorodeoksyglukozy ([18F] FDG) | 24 | 10 dni\* |  |  |  |
|  | PET-CT z zastosowaniem 18-Fluorocholiny ([18F] -cholina) | 2 | 10 dni\* |  |  |  |
|  | SCYNTYGRAFIA KOŚCI (99mTc-HMDP) badanie całego ciała | 178 | 10 dni\* |  |  |  |
|  | SCYNTYGRAFIA KOŚCI trójfazowa (99mTc-HMDP) badanie całego ciała | 2 | 10 dni\* |  |  |  |
|  | SCYNTYGRAFIA KOŚCI (99mTc-HMDP) badanie całego ciała + SPECT-CT | 2 | 10 dni\* |  |  |  |
|  | SCYNTYGRAFIA WĘZŁA WARTOWNICZEGO (rak piersi i inne - bez SPECT-CT) | 315 | Wynik przekazywany bezpośrednio Pacjentowi po przeprowadzeniu badania |  |  |  |
|  | SCYNTYGRAFIA WĘZŁA WARTOWNICZEGO (Czerniak i inne -SPECT-CT) | 2 | Wynik przekazywany bezpośrednio Pacjentowi po przeprowadzeniu badania |  |  |  |
| **Razem wartość badań na 12 miesięcy:** | | **525** |  |  |  |  |

\* Termin liczony jest od chwili zgłoszenia (telefonicznego lub pocztą elektroniczną) i obejmuje: wykonanie badania, otrzymanie opisu i wyniku badania (zdjęcia).

Oferowana cena badań w ciągu 36 miesięcy brutto ......................... zł

1. Liczba lat realizacji świadczeń objętych przedmiotem konkursu (*min. 2 lata*) ……… lata.
2. **Oferowana minimalna liczba osób wykonujących badania** ....... osób.
3. **Miejsce i harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych**
4. Miejsce realizacji zadania: (podać nazwę, dokładny adres realizacji badania, email. telefon) ……………………………………………………………………..………………..
5. Oferowane godziny wykonywania badań:

* Poniedziałek od godz. ......... do godz. ..........
* Wtorek od godz. ......... do godz. ..........
* Środa od godz. ......... do godz. ..........
* Czwartek od godz. ......... do godz. ..........
* Piątek od godz. ......... do godz. ..........

1. **Termin płatności**

Oferowany termin płatności faktury za badania (min. 30 dni) .......... dni od daty otrzymania faktury.

1. **Oświadczenia Oferenta**

Oświadczamy, że:

* zamówienie wykonamy sami,
* wypełniliśmy obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskaliśmy w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.

Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty i oświadczenia:

1. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub aktualne zaświadczenie o wpisie do Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej.
2. Aktualny odpis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub rejestru praktyk lekarskich.
3. Oświadczenie Oferenta.
4. Oświadczenie o niepodleganiu wykluczeniu na podstawie przepisów sankcyjnych.
5. Kopia aktualnej polisy OC w zakresie działalności objętej konkursem.
6. Lista lekarzy wykonujących badania.
7. Potwierdzenie wniesienia wadium.

*............................................................................ ......................................................................*

*Miejscowość i data Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta*