**Załącznik nr 2 do MI**

**…………………………………………..**

*Pieczęć nagłówkowa Oferenta*

**Formularz ofertowy**

na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie

……………………………………………………………………………………………………...

**I. Instrukcja dla Oferenta**

1. Niniejszy Formularz ofertowy – traktowany jako wzór – winien być wypełniony po polsku, pismem czytelnym, maszynowym lub komputerowo, podpisany przez osobę do tego uprawnioną.
2. Wszystkie wyszczególnione rozdziały muszą być wypełnione wraz z załączeniem odpowiednich wymaganych dokumentów wymienionych w Rozdziale I pkt. 10 MI.
3. Dokumenty w postaci kserokopii muszą być potwierdzone „za zgodność z oryginałem”, podpisem przez Oferenta lub osobę przez niego upoważnioną.
4. Upoważnienie do podpisania oferty winno być dołączone w oryginale do oferty, o ile nie wynika z innych dokumentów załączonych przez Oferenta. Wszystkie strony Formularza ofertowego muszą być opatrzone podpisem lub parafą Oferenta.

**II. Dane o ofercie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa Oferenta** | |  |
| **ADRES** | **Kod pocztowy, Miejscowość** |  |
| **Ulica, nr** |  |
| **NIP, REGON** | |  |
| **Telefon kontaktowy/faks** | |  |
| **E- mail** | |  |
| **Numery wpisu** | **KRS** |  |
| **Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą** |  |
| **Nazwa banku,**  **numer rachunku bankowego** | |  |

1. **Proponowana kwota wynagrodzenia**

Oferujemy wykonanie usług objętych przedmiotem zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w Materiałach informacyjnych i szczegółowych warunkach konkursu za kwotę

Cena brutto ………………… zł (słownie zł: …………………………………………................…)

Szczegółowy wykaz cen jednostkowych zawiera wypełniony formularz cenowy stanowiący załącznik do niniejszej oferty.

**IV. OFERENT OŚWIADCZA, ŻE:**

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie zgłasza do nich zastrzeżeń,
2. załączony wzór umowy został przez niego zaakceptowany i zobowiązuje się w przypadku wyboru jego oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia,
3. zobowiązuje się do zawarcia umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne na okres: od ……... do ………..
4. dysponuje odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym oraz personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla udzielania świadczeń zdrowotnych objętych ofertą. zobowiązuje się do podpisania umowy w terminie związania ofertą,
5. personel, który będzie przeprowadzał badania posiada minimum 3 letnie doświadczenie oraz odpowiednie kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania badań i autoryzacji wyników. Liczba osób udzielających świadczenia: ………osób,
6. wykonuje badania będące przedmiotem zamówienia przez ……… lat,
7. w okresie ostatnich 5 lat przed upływem terminu składania ofert realizował usługi będące przedmiotem postępowania konkursowego dla minimum 3 podmiotów leczniczych, trwające nieprzerwanie przez okres minimum 24 miesiące dla każdego podmiotu,
8. będzie realizował usługi w oparciu o oprogramowanie, które zapewni Udzielającemu Zamówienia podgląd „on-line" statusów badań oraz poinformuje o kompletnym transferze danych obrazowych, rozpoczęciu opisu badania przez lekarza opisującego i dokonanym opisie badania, a także automatycznie przekaże Udzielającemu Zamówienia informacje o braku połączenia z jednostką opisującą Przyjmującego Zamówienie,
9. na własny koszt dostarczy i zintegruje ze wskazanym węzłem Alteris (DICOM) niezbędny sprzęt i oprogramowanie (wraz z udzieleniem licencji/podlicencji do korzystania z oprogramowania i sprzętu na czas trwania niniejszej umowy lub przedłożeniem dokumentów związanych z licencją udzieloną Przyjmującemu Zamówienie, obowiązującą w okresie trwania niniejszej umowy na użytkowanie oprogramowania i sprzętu) do przesyłania zleceń na wykonanie opisu badania (skierowań na badanie RTG i TK), obrazów radiograficznych, tomografii komputerowej oraz zwrotnie wyników badań i niezbędnych informacji,
10. przeprowadzi szkolenia dla wskazanych przez Udzielającego Zamówienia pracowników w zakresie obsługi systemu informatycznego (dostarczonego oprogramowania), w tym przesyłania obrazów i odbioru opisów badań zgodnie z obowiązującymi zasadami przy uwzględnieniu najnowszych standardów. Szkolenie odbędzie się w siedzibie Udzielającego Zamówienia w terminie do **14 dni** od rozpoczęcia trwania umowy, a wszystkie materiały niezbędne do przeprowadzenia szkolenia przygotuje na własny koszt,
11. zobowiązuje się do dokonania działań, o których mowa w rozdz. II ust. 12 MI najpóźniej w terminie do **14 dni** od rozpoczęcia trwania umowy,
12. posiada ubezpieczenie OC, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą,
13. ceny nie wzrosną przez cały okres trwania umowy,
14. wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym,
15. uważa się związany ofertą przez okres 30 dni,
16. posiada aktywne konto w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (SZOI) Narodowego Funduszu Zdrowia i zobowiązuje się do niezwłocznego zamieszczenia niezbędnych informacji o zawartej umowie w ww. systemie.

……………………………… ………………………………………

(miejscowość, data) (pieczątka i podpis Oferenta/ osoby upoważnionej)

**Załączniki:**

* 1. ………………………………………………………………
  2. ………………………………………………………………
  3. ………………………………………………………………
  4. ………………………………………………………………
  5. ………………………………………………………………
  6. ………………………………………………………………
  7. ………………………………………………………………
  8. ………………………………………………………………

**Załącznik nr 1 do Formularza ofertowego**

**Wykaz osób wykonujących przedmiot zamówienia**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Nr prawa wykonywania zawodu | Zawód / nazwa specjalizacji / stopień specjalizacji \* | Doświadczenie w zakresie opisywania badań (w latach) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

\* wpisać zawód oraz pełną nazwę uzyskanej specjalizacji i jej stopień