*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

…………………………………………………

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.............................................................

…………………………………………………..

Adres podmiotu

..............................................................

Rodzaj rejestru, NIP

**Oferta**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie**:**

**Pakiet 1:**

* opisywanie badań TK, Rtg, Mammografii przez 7 dni w tygodniu, drogą teleradiologii i/lub stacjonarnie

**Pakiet 2:**

* opisywanie badań TK, Rtg, Mammografii, stacjonarnie
* wykonywanie i opisywanie badań USG i USG Doppler, stacjonarnie

**Pakiet 3**:

* wykonywanie biopsji gruboigłowej (BGI) w jednej lokalizacji
* wykonywanie biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej (BACC) w jednej lokalizacji
* wykonywanie biopsji gruboigłowej wspomaganej próżnią (mammotonicznej pod kontrolą USG, MMG)
* założenie igły lokalizacyjnej do guza przed zabiegiem
* założenie znacznika do guza przed zabiegiem
* wykonywanie innych procedur, w tym onkologicznych

***\*****w przypadku złożenia oferty na jeden z pakietów lub części pakietu - niepotrzebne skreślić*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Maksymalna dopuszczalna cena (brutto) PLN za jedno świadczenie** | **Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena jednego świadczenia (brutto)** |
| 1 | Mammograficzne-opis | **20,00** |  |
| 2 | TK-opis | **70,00** |  |
| 3 | Rtg-opis | **16,00** |  |
| 4 | USG-badanie+opis | **60,00** |  |
| 5 | USG Doppler-badanie +opis | **60,00** |  |
| 6 | biopsja gruboigłowej (BGI) | **150,00** |  |
| 7 | biopsja aspiracyjnej cienkoigłowej (BACC) | **75,00** |  |
| 8 | Biopsja gruboigłowej wspomaganej próżnią (mammotonicznej pod kontrolą USG, MMG) | **400,00** |  |
| 9 | założenie igły lokalizacyjnej do guza przed zabiegiem | **150,00** |  |
| 10 | założenie znacznika do guza przed zabiegiem | **150,00** |  |
| 11 | wykonywanie innych procedur, w tym onkologicznych. | **w zależności od indywidualnej wyceny JGP** |  |

Pieczątka i podpis

*Załącznik nr 2 do Regulaminu*

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

……………………………………………………………………………

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

……………………………………………………………………………

Adres podmiotu

..........................................................................................

Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Oświadczam, że personel wskazany do realizacji zamówienia posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym.
3. Zapoznałem się z regulaminem i szczegółowymi warunkami konkursu ofert i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami i zapisami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
6. Dopuszczam zmianę treści umowy przed jej podpisaniem w razie konieczności wprowadzenia takich zmian w wyniku okoliczności, których nie można było przewidzieć w chwili ogłaszania postępowania konkursowego.
7. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia

**Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:**

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

.............................................. ................................

miejsce i data podpis