

**Formularz ofertowy – Załącznik do ogłoszenia o konkursie**

.....  
/Dane oferenta/

Polanica-Zdrój, dn. ....

.....  
/Adres/

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

Specjalistyczne Centrum Medyczne  
Polanicy-Zdroju  
ul. Jana Pawła II 2

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w SCM w zakresie: .....

Świadczenia zdrowotne udzielane będą przy wykorzystaniu bazy lokalowej, aparatury i sprzętu medycznego Oferenta.

**Proponowane kwoty należności za udzielanie świadczeń zdrowotnych w poszczególnych zakresach przedmiotu konkursu przez podmioty, o których mowa w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 nr 112, poz. 654)**

***Udzielanie świadczeń medycznych w zakresie:***

**1. Konsultacje z zakresu chirurgii szczękowo-twarzowej niezbędne do prowadzenia „Programu ortodontycznej opieki nad dziećmi z wrodzonymi wadami części twarzowej czaszki”;**

Cena za 1 konsultację .....

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

**2. Zabiegi endowaskularne określone w procedurach: Q41, Q44, Q1, Q5, Q7, Q45, Q46, Q48, przy zastosowaniu angiografu z funkcją RTG naczyniowego;**

Cena za procedurę Q1: .....

Cena za procedurę Q5: .....

Cena za procedurę Q7: .....

Cena za procedurę Q41: .....

Cena za procedurę Q44: .....

Cena za procedurę Q45: .....

Cena za procedurę Q46: .....

Cena za procedurę Q47: .....

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

**3. Wykonanie badań diagnostycznych: scyntygrafia tarczycy, badanie scyntygraficzne narządowe plenarne, badanie narządowe metodą SPECT, scyntygrafia całego ciała WHOLE BODY, scyntygrafie klirensowe (rescyntygrafia, scyntygrafia dróg żółciowych, serce FP), próba kaptoprilowa, scyntygrafia z pochodnymi somatostatyny (Oktreoscan), limfoscyntygrafia;**

Cena za 1 badanie:

- scyntygrafia tarczycy .....
- scyntygrafia narządowa plenarna .....
- narządowe metodą SPECT.....
- scyntygrafia całego ciała WHOLE BODY.....
- scyntygrafie klirensowe (rescyntygrafia, scyntygrafia dróg żółciowych, serce FP) .....
- próba kaptoprilowa .....
- scyntygrafia z pochodnymi somatostatyny (Oktreoscan) .....
- limfoscyntygrafia .....

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

**4. Dobór aparatu słuchowego.**

Cena za 1 konsultację .....

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

Świadczenia realizowane będą w okresie **od 1 stycznia 2012 r.** do dnia .....

W załączeniu przedkładam:

1. zaświadczenie o nadaniu NIP i Regon
2. kserokopię dokumentu potwierdzającego status prawny oferenta (przyjmującego zamówienie) w tym wymagane dokumenty rejestrowe
3. oświadczenie że personel udzielający świadczeń posiada odpowiednie kwalifikacje i prawo wykonywania zawodu oraz ubezpieczenie OC
4. wskazanie liczby i kwalifikacji osób udzielających świadczeń zdrowotnych

**Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z przepisami Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 13 lipca 1998 r. w sprawie umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne /Dz. U. Nr 93, poz. 592/.**

**Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia konkursu ofert oraz szczegółowymi warunkami.**

.....  
/pieczętka i podpis/



3