

Dane Udzielającego Zamówienia:

Centralny Szpital Kliniczny Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu
Medycznego w Warszawie, 02-097 Warszawa, ul. S. Banacha 1A

REGON: 000288975

NIP: 522-00-02-529

FORMULARZ OFERTOWO – CENOWY

Udzielanie świadczeń zdrowotnych z medycyny nuklearnej przez lekarza specjalistę w Zakładzie
Medycyny Nuklearnej i Poradni Radioizotopowej w okresie od 01.10.2023 r. do 31.12.2025 r.

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Propozycja wynagrodzenia:

Lp.	Interpretacja i opis badań (Nazwa świadczenia zdrowotnego)	Propozycja stawki (Wartość w zł)
1	SCYNTYGRAFIA NARZĄDOWA (NIE DOTYCZY TARCZYCY)	
2	LIMFOCYNTYGRAFIA	
3	SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA (UKŁAD KOSTNY)	
4	SCYNTYGRAFIA TARCZYCY	
5	RADIOIZOTOPOWE BADANIE PERFUZJI MIĘŚNIA SERCOWEGO TECHNIKĄ SPECT ALBO TECHNIKĄ BRAMKOWĄ SPECT-BADANIE SPOCZYNKOWE	
6	RADIOIZOTOPOWE BADANIE PERFUZJI MIĘŚNIA SERCOWEGO TECHNIKĄ SPECT ALBO TECHNIKĄ BRAMKOWĄ SPECT - Z TESTEM OBCIĄŻENIOWYM	
7	RADIOIZOTOPOWE BADANIE PERFUZJI MIĘŚNIA SERCOWEGO TECHNIKĄ SPECT ALBO TECHNIKĄ BRAMKOWĄ SPECT-BADANIE SPOCZYNKOWE+BADANIE Z TESTEM OBCIĄŻENIOWYM	

8	TOMOGRAFIA EMISYJNA POJEDYNCZYCH FOTONÓW (SPECT) NIE OBEJMUJE RADIOIZOTOPOWEGO BADANIA PERFUZJI MIĘŚNIA SERCOWEGO TECHNIKĄ SPECT ALBO TECHNIKĄ BRAMKOWĄ SPECT	
9	SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA Z ZASTOSOWANIEM ZNAKOWANYCH ANALOGÓW SOMATOSTATYNY	
10	SCYNTYGRAFIA NADNERCZY/INNYCH OKOLIC CIAŁA	
11	SCYNTYGRAFIA WENTYLACYJNA PŁUC	
12	SCYNTYGRAFIA CAŁEGO CIAŁA Z ZASTOSOWANIEM CYTRYNIANU GALU	
13	SCYNTYGRAFIA Z ZASTOSOWANIEM ZNAKOWANYCH LEUKOCYTÓW	
14	POZYTONOWA TOMOGRAFIA EMISYJNA (PET) Z ZASTOSOWANIEM RADIOFARMACEUTYKÓW Z GRUPY I	
15	POZYTONOWA TOMOGRAFIA EMISYJNA (PET) Z ZASTOSOWANIEM RADIOFARMACEUTYKÓW Z GRUPY II	
16	DIAGNOSTYKA ZABURZEŃ CZYNNOŚCI UKŁADU POZAPIRAMIDOWEGO W PRZEBIEGU SCHORZEŃ ZWYRODNIENIOWYCH OŚRODKOWEGO UKŁADU NERWOWEGO ZA POMOCĄ RADIOFARMACEUTYKÓW	
17	Stawka za godzinę pracy specjalisty za czynności niezwiązane z interpretacją i opisem badań: kwalifikacja i nadzorowanie badań, objęcie specjalistyczną opieką lekarską pacjentów w trakcie przeprowadzania procedur medycznych, wykonywanie dodatkowych czynności niezbędnych do prawidłowego wykonania badania (m. in. podania radiofarmaceutyków pacjentom, prowadzenie testów wysiłkowych), nadzorowanie pracy lekarzy stażystów i lekarzy rezydentów	
18	Deklarowana liczba godzin (tygodniowo) w Zakładzie Medycyny Nuklearnej	_____ godzin

* W przypadku opisu jednego badania przez dwóch specjalistów wartość rozliczenia stanowi 50%.

Lp.	Poradnia Radioizotopowa (Nazwa świadczenia zdrowotnego)	Propozycja stawki (Wartość w zł)
1	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PORADA KWALIFIKACYJNA	
2	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PODANIE IZOTOPU	
3	TERAPIA IZOTOPOWA ŁAGODNYCH SCHORZEŃ TARCZYCY - PORADA KONTROLNA	
4	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PORADA KWALIFIKACYJNA	
5	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PODANIE IZOTOPU SAMARU	
6	TERAPIA IZOTOPOWA BÓLÓW KOSTNYCH W PRZEBIEGU ZMIAN PRZERZUTOWYCH DO KOŚCI - PORADA KONTROLNA	
7	SYNOWIEKTOMIE RADIOIZOTOPOWE	
8	SYNOWIEKTOMIE RADIOIZOTOPOWE-PORADA KWALIFIKACYJNA	
9	SYNOWIEKTOMIE RADIOIZOTOPOWE-PORADA KONTROLNA	

Oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert, dokumentacją postępowania na świadczenie usług i nie wnosi do niej zastrzeżeń;
2. posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem oferty;
3. dane przedstawione w ofercie i oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym;
4. gwarantuje ciągłość, kompleksowość, dostępność i wysoką jakość świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszej oferty;
5. zobowiązuje się do zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2022 r. poz. 633) oraz dostarczenia orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań zdrowotnych w przypadku przyjęcia oferty najpóźniej do dnia podpisania umowy o udzielenie zamówienia;
6. osobiście będzie świadczył usługi na rzecz Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego w Warszawie;
7. zobowiązuje się do przestrzegania praw pacjenta.

Do oferty dołączam następujące dokumenty:

(Wszystkie dokumenty powinny mieć formę poświadczoną za zgodność z oryginałem kserokopii. Poświadczenie musi być wykonane przez Oferenta).

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Administratorem danych osobowych jest Uniwersyteckie Centrum Kliniczne Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z siedzibą w Warszawie przy ul. Banacha 1A, 02-097 Warszawa, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy dla m. st. Warszawy w Warszawie, XII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr KRS 0000073036, posiadającym REGON: 000288975, NIP: 5220002529. Celem przetwarzania danych przez Administratora jest podjęcie niezbędnych działań mających na celu doprowadzenie do zawarcia umowy świadczenia usług. Dane zgromadzone są wyłącznie do użytku wewnętrznego administratora. Dane udostępniają wyłącznie osoby upoważnione do tego przez administratora. Każdy zgłaszający dane ma prawo do wglądu do swoich danych osobowych, poprawiania ich treści, żądania uzupełnienia, uaktualnienia, czasowego lub stałego wstrzymania ich przetwarzania lub ich usunięcia, jeżeli są one niekompletne, nieaktualne, nieprawdziwe albo są już zbędne do realizacji celu, dla którego zostały zebrane. Zgłaszający dane ma również prawo do uzyskania informacji o celu, źródle, z którego pochodzą dane, zakresie i sposobie przetwarzania i udostępniania danych. Podanie danych osobowych jest dobrowolne. Administrator danych zobowiązuje się do zastosowania środków technicznych i organizacyjnych zapewniających ochronę przetwarzania danych osobowych. Usunięcie danych osobowych nie wymaga zgody osoby, której dane dotyczą.

Jednocześnie zgłaszający zobowiązany do zgłoszenia Administratorowi wszelkich zmian dotyczących danych osobowych oraz kwalifikacji zawodowych.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych dla potrzeb niezbędnych do realizacji przeprowadzonego konkursu ofert (zgodnie z Ustawą z dnia 10 maja 2018 r. roku o Ochronie Danych Osobowych (t.j. Dz. U. 2019 r. poz. 1781).

Warszawa, dnia _____

Pieczętka i podpis Oferenta