

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

Na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza specjalistę radiologii i diagnostyki obrazowej w zakresie:

- 1) Udzielania świadczeń zdrowotnych w II Zakładzie Radiologii Klinicznej;
- 2) Opisywania badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS) pacjentów Udzielającego Zamówienia.

Okres zawarcia umowy: od 01.02.2024 r. do 30.11.2025 r.

Nazwa Oferenta.....

Adres siedziby Oferenta.....

Nr telefonu.....

Adres e-mail.....

NIP.....

REGON.....

PESEL.....

Propozycja wynagrodzenia:

- 1) _____ zł brutto za każdą godzinę udzielania świadczeń w II Zakładzie Radiologii Klinicznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 8:00 do 20:00;
- 2) _____ zł brutto za każdą godzinę dyżuru medycznego pełnionego w II Zakładzie Klinicznej od poniedziałku do piątku w godzinach od 20:00 do 8:00 oraz w dzień wolny od pracy (sobota lub dzień ustawowo wolny od pracy).
- 3) Deklarowana miesięczna liczba godzin w II Zakładzie Radiologii Klinicznej: _____
- 4) Za wykonywanie opisów TK i MR wykonane w ramach świadczeń ambulatoryjnych (według poniższej tabeli nr 1):

Tabela nr 1 Opisy badań wykonanych w ramach ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (AOS)

Lp.	kod świadczenia	Zakres świadczeń medycznych	Propozycja Wynagrodzenie w zł brutto
1.	5.03.00.0000025	TK: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	
2.	5.03.00.0000094	TK: badanie głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	
3.	5.03.00.0000027	TK: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
4.	5.03.00.0000098	TK: głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	
5.	5.03.00.0000070	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	
6.	5.03.00.0000095	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	
7.	5.03.00.0000071	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
8.	5.03.00.0000096	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	
9.	5.03.00.0000115	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	
10.	5.03.00.0000097	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	
11.	5.03.00.0000116	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	
12.	5.03.00.0000073	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
13.	5.03.00.0000117	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
14.	5.03.00.0000099	TK: innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	
15.	5.03.00.0000088	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	
16.	5.03.00.0000085	TK: angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów	
17.	5.03.00.0000086	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	
18.	5.03.00.0000087	TK: badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	
19.	5.03.00.0000075	MR: badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	
20.	5.03.00.0000078	MR: badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
21.	5.03.00.0000118	MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	
22.	5.03.00.0000076	MR: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	
23.	5.03.00.0000119	MR: badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
24.	5.03.00.0000079	MR: badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
25.	5.03.00.0000100	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	
26.	5.03.00.0000120	MR: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	
27.	5.03.00.0000101	MR: badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
28.	5.03.00.0000121	MR: badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
29.	5.03.00.0000102	MR: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	

Lp.	kod świadczenia	Zakres świadczeń medycznych	Propozycja Wynagrodzenie w zł brutto
30.	5.03.00.0000122	MR: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	
31.	5.03.00.0000103	MR: badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
32.	5.03.00.0000123	MR: badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
33.	5.03.00.0000105	MR: badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	
34.	5.03.00.0000077	MR: Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	
35.	5.03.00.0000104	MR: Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	
36.	5.03.00.0000106	MR: badanie czynnościowe mózgu	
37.	5.03.00.0000081	MR: Spektroskopia - MR	
38.	5.03.00.0000124	MR: Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	
39.	5.03.00.0000125	MR: Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
40.	5.03.00.0000126	MR: badanie piersi	

Szczegółowe składniki wynagrodzenia znajdują się w załączniku do SWKO- Wzór umowy.

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. zobowiązuję 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.
7.

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 _____

Pieczęćka i podpis Oferenta