

**OFERTA**

**na wykonywanie świadczeń zdrowotnych rodzaju na rzecz pacjentów Wrocławskiego  
Centrum Zdrowia SP ZOZ we Wrocławiu**

**1. Oferowane świadczenia w zakresie/ kwalifikacje przyjmującego zamówienie:**

.....

( wpisać zakres oraz kwalifikacje zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

**2. Oferowane miejsce wykonywania świadczeń :**

.....

(wpisać lokalizację zgodnie z § 6 ust 2 Szczegółowych warunków konkursu ofert)

**3. Pełna nazwa Oferenta :**

.....

.....

prowadzący działalność gospodarczą     nie prowadzący działalności gospodarczej  
( we właściwym okienku wpisać znak X )

**4. Numer wpisu do właściwego rejestru – jeśli oferent posiada:**

.....

.

**5. Regon –jeśli oferent posiada:**.....

**6. NIP –jeśli oferent posiada::** .....

**7. Bank:** .....

**8. Nr rachunku bankowego:** .....

**9. Adres prowadzonej działalności gospodarczej –jeśli oferent posiada**

.....

**10. Adres do korespondencji:**

.....

**11. Telefon:** .....

**12. Nr prawa wykonywania zawodu** ..... **data jego uzyskania** .....

**13. PESEL** .....

**14. Kwalifikacje zawodowe:**

(posiadane specjalizacje, stopień specjalizacji i data uzyskania specjalizacji, a w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji data jej rozpoczęcia, dyplomy potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem datą uzyskania uprawnień, certyfikaty potwierdzające kwalifikacje wraz z numerem i datą ich uzyskania)

.....

.....

.....

**15. Doświadczenie i dodatkowe uprawnienia zawodowe:**

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

**16. Oferowana dostępność:**

**a) do świadczeń realizowanych w ramach realizowanej przez Udzielającego zamówienie działalności leczniczej**

- Poniedziałek godz. od..... do.....
- Wtorek godz. od..... do.....
- Środa godz. od..... do.....
- Czwartek godz. od..... do.....
- Piątek godz. od..... do.....

**Łącznie oferowana liczba godzin w tygodniu:**

.....

**17.1.a\*** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom skierowanym przez personel Udzielającego zamówienia.

Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia:

lp.	Rodzaj Badania	Cena
1	2	3
1	USG Doppler w tętnicy pępowinowej	
2	USG naczyń szyi - Doppler	
3	USG Doppler żył lub tętnic jednej kończyny	
4	USG Doppler żył i tętnic jednej kończyny	
5	USG Doppler żył lub tętnic dwóch kończyn	
6	USG Doppler żył i tętnic dwóch kończyn	
7	USG w układzie wrotnym wątroby Doppler	
8	USG tkanek miękkich	
9	USG stawów-ortopedyczne	
10	USG stawów biodrowych dzieci (do 8 miesiąca życia)	
11	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego (USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej)	
12	USG układu moczowego z oceną zalegania moczu	
13	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	
14	USG tarczycy i przytarczyc	
15	USG węzłów chłonnych szyi	
16	USG ślinianek	
17	USG węzłów chłonnych (położonych powierzchownie - pachwinowe i pachowe)	
18	USG macicy nieciążarnej i przydatków	
19	USG narządu rodnego / transvaginale /	
20	USG piersi	
21	USG jąder	
22	USG przezciemiączkowe	
23	USG 4D (położnicze)	

**17.1.b\*** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych osobom skierowanym przez personel podmiotów związanych umowami podwykonawczymi z Udzielającym zamówienia.  
 Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia:

Ip.	Rodzaj Badania	Cena
1	2	3
1	USG Doppler w tętnicy pępowinowej	
2	USG naczyń szyi - Doppler	
3	USG Doppler żył lub tętnic jednej kończyny	
4	USG Doppler żył i tętnic jednej kończyny	
5	USG Doppler żył lub tętnic dwóch kończyn	
6	USG Doppler żył i tętnic dwóch kończyn	
7	USG w układzie wrotnym wątroby Doppler	
8	USG tkanek miękkich	
9	USG stawów-ortopedyczne	
10	USG stawów biodrowych dzieci (do 8 miesiąca życia)	
11	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego (USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej)	
12	USG układu moczowego z oceną zalegania moczu	
13	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	
14	USG tarczycy i przytarczyc	
15	USG węzłów chłonnych szyi	
16	USG ślinianek	
17	USG węzłów chłonnych (położonych powierzchownie - pachwinowe i pachowe)	
18	USG macicy nieciążarnej i przydatków	
19	USG narządu rodnego / transwaginale /	
20	USG piersi	
21	USG jąder	
22	USG przezciemiączkowe	
23	USG 4D (położnicze)	

**17.1. c\*** Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych usługobiorcom w ramach prowadzonej przez Udzielającego zamówienie odpłatnej działalności leczniczej na podstawie art. 55 ust. 1 pkt. 1) ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2015 r. poz. 618, z późn. zm.),

Za wykonywanie w/w świadczeń zdrowotnych oczekuję wynagrodzenia:

lp.	Rodzaj Badania	Cena
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
1	USG Doppler w tętnicy pępowinowej	
2	USG naczyń szyi - Doppler	
3	USG Doppler żył lub tętnic jednej kończyny	
4	USG Doppler żył i tętnic jednej kończyny	
5	USG Doppler żył lub tętnic dwóch kończyn	
6	USG Doppler żył i tętnic dwóch kończyn	
7	USG w układzie wrotnym wątroby Doppler	
8	USG tkanek miękkich	
9	USG stawów-ortopedyczne	
10	USG stawów biodrowych dzieci (do 8 miesiąca życia)	
11	USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej, w tym wstępnej oceny gruczołu krokowego (USG brzucha i przestrzeni zaotrzewnowej)	
12	USG układu moczowego z oceną zalegania moczu	
13	USG nerek, moczowodów, pęcherza moczowego	
14	USG tarczycy i przytarczyc	
15	USG węzłów chłonnych szyi	
16	USG ślinianek	
17	USG węzłów chłonnych (położonych powierzchownie - pachwinowe i pachowe)	
18	USG macicy nieciążącej i przydatków	
19	USG narządu rodnego / transwaginale /	
20	USG piersi	
21	USG jąder	
22	USG przezciemiączkowe	
23	USG 4D (położnicze)	

**18.** Odpisy aktualnych dokumentów kwalifikacyjnych - załączam do oferty.

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

## OŚWIADCZENIE OFERENTA \*

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert - nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy – nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że uzyskałem wszystkie konieczne informacje niezbędne do przygotowania oferty oraz wykonania usług będących przedmiotem zamówienia.
5. Oświadczam, że uważam się związany ofertą przez okres 30 dni od daty składania ofert.
6. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
7. Zobowiązuję się do przedłożenia w dniu zawarcia umowy polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej określonej w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą ( Dz. U. z 2011r. nr 293 poz. 1729 ).
8. Oświadczam, że posiadam uprawnienia i kwalifikacje niezbędne do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
9. Oświadczam, że dane przedstawione w ofercie oraz w niniejszych i załączonych odrębnie oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Oświadczam, że w ramach wykonywanej działalności leczniczej świadczę usługi dla ludności i samodzielnie rozliczam się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych.

.....  
data i podpis osób uprawnionych do składania oświadczeń woli

\* Oferent wykreśla punkty, które go nie dotyczą.