Poznań, dnia...............................

**Ginekologiczno–Położniczy**

**Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. K. Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

**w zakresie diagnostyki obrazowej - rezonansu magnetycznego**

**i tomografii komputerowej (badania wraz z opisem)**

Nazwa.......................................................................................................................................................................

Nr KRS\*)...................................................................................................................................................................

Nr rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ………………………………………………………..…………………….

NIP...........................................................................REGON.....................................................................................

Adres podmiotu: .....................................................................................................................................................

Adres do korespondencji (o ile nie pokrywa się z adresem podmiotu) …………..…...................................................

Telefon ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Oferent oświadcza, iż:

1. Zapoznał się z treścią ogłoszenia o konkursie, „Szczegółowymi warunkami konkursu ofert” oraz projektem umowy i nie zgłasza w tym zakresie zastrzeżeń,
2. Świadczeń zdrowotnych objętych konkursem udzielać będzie zgodnie z wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w okresie od dnia ………………………… do dnia ………………………
3. Posiada aktualne ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej (oc) na minimalną kwotę gwarantowaną w wysokości …………….. (Zobowiązuje się do przedłożenia kopii polisy oc na równowartość …………………… na dzień podpisania umowy)\*.
4. Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej - rezonansu magnetycznego i tomografii komputerowej (badania wraz z opisem), zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
5. Proponuje warunki wynagrodzenia zgodne z Załącznikiem nr 5 do niniejszej oferty.

**ZAŁĄCZNIKI:**

1. kopia wpisu do KRS / CEiDG;
2. kopia wpisu do Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą;
3. kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów leczniczych;
4. kopia polisy obowiązkowego ubezpieczenia OC lub oświadczenie o przedłożeniu polisy;
5. Cennik usług.

*…………………………………………………………….*

*(podpis i pieczęć oferenta)*

*\*-niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 5

**CENNIK USŁUG**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa badania | Cena (zł) | Cena (zł) badanie w trybie CITO |
| **Tomografia komputerowa** | | | |
|  | Badanie komputerowe głowy |  |  |
|  | Badanie komputerowe głowy z kontrastem |  |  |
|  | Badanie komputerowe jamy brzusznej |  |  |
|  | Badanie komputerowe jamy brzusznej z kontrastem |  |  |
|  | Badanie komputerowe miednicy mniejszej |  |  |
|  | Badanie komputerowe miednicy mniejszej z kontrastem |  |  |
|  | Badanie komputerowe klatki piersiowej |  |  |
|  | Badanie komputerowe klatki piersiowej z kontrastem |  |  |
|  | Badanie komputerowe kręgosłupa |  |  |
|  | Badanie komputerowe kręgosłupa z kontrastem |  |  |
|  | Badanie komputerowe kolonoskopia |  |  |
|  | Badanie komputerowe szyi |  |  |
|  | Badanie komputerowe szyi z kontrastem |  |  |
| **Rezonans magnetyczny** | | | |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym głowy |  |  |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym głowy dla pacjentów wymagających wentylacji zastępczej lub znieczulenia ogólnego |  |  |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym głowy z kontrastem |  |  |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym głowy dla pacjentów wymagających wentylacji zastępczej lub znieczulenia ogólnego z kontrastem |  |  |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym jamy brzusznej |  |  |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym jamy brzusznej dla pacjentów wymagających wentylacji zastępczej lub znieczulenia ogólnego |  |  |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym jamy brzusznej z kontrastem |  |  |
|  | Badanie rezonansem magnetycznym jamy brzusznej dla pacjentów wymagających wentylacji zastępczej lub znieczulenia ogólnego z kontrastem |  |  |
|  | Badanie sutków |  |  |