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

**Ginekologiczno–Położniczy**

**Szpital Kliniczny**

**Uniwersytetu Medycznego**

**im. K. Marcinkowskiego**

**w Poznaniu**

**O F E R TA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu teleradiologii**

**polegających na opisie badań RTG\*, MR\* i mammograficznych\*,**

**wykonanych w Pracowni RTG w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym**

**Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu,**

**przekazywanych w drodze transmisji danych.**

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 ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem w okresie od dnia ………………………… do dnia ………………………
3. Świadczeń zdrowotnych udzielać będzie przy udziale wykwalifikowanego personelu legitymującego się uprawnieniami do wykonywania zawodu lekarza o specjalizacji lekarz radiolog. Wykaz lekarzy wraz z zaświadczeniem o prawie wykonywania zawodu oraz posiadanej specjalizacji lekarza radiologa stanowi załącznik do oferty.
4. 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)\*.
5. Przedmiotem niniejszej oferty jest udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu teleradiologii polegających na opisie badań RTG dorosłych\*, RTG noworodków\*, MR\* i mammograficznych\*, wykonanych w Pracowni RTG w Ginekologiczno-Położniczym Szpitalu Klinicznym Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z siedzibą w Poznaniu, przekazywanych w drodze transmisji danych, zgodnie ze wzorem umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych konkursem.
6. Proponuje następujące warunki wynagrodzenia:
7. Badania RTG dorosłych polegające na opisie jednego badania radiologicznego, rozumianego jako badanie radiologiczne (rentgenowskie) dotyczące jednej okolicy anatomicznej pacjenta (np. głowy, szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy, kręgosłupa, kończyny górnej lub kończyny dolnej), z podziałem na dalsze okolice lub odcinki – cennik badań w formie załącznika do niniejszej oferty, uzupełniony zgodnie z możliwościami technicznymi w zakresie dostępności świadczeń (należy uzupełnić załącznik nr 6 do niniejszej oferty).\*
8. Badania RTG noworodków polegające na opisie jednego badania radiologicznego, rozumianego jako badanie radiologiczne (rentgenowskie) dotyczące jednej okolicy anatomicznej pacjenta (np. głowy, szyi, klatki piersiowej, jamy brzusznej, miednicy, kręgosłupa, kończyny górnej lub kończyny dolnej), z podziałem na dalsze okolice lub odcinki – cennik badań w formie załącznika do niniejszej oferty, uzupełniony zgodnie z możliwościami technicznymi w zakresie dostępności świadczeń (należy uzupełnić załącznik nr 7 do niniejszej oferty).\*
9. Badania MR - zgodnie z załącznikiem do niniejszej oferty (należy uzupełnić załącznik nr 8 do niniejszej oferty).\*
10. Badania mammograficzne – zgodnie z załącznikiem do niniejszej oferty (należy uzupełnić załącznik nr 9 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. wykaz lekarzy radiologów wraz z zaświadczeniem o prawie wykonywania zawodu oraz posiadanej specjalizacji lekarza radiologa.
6. cennik opisów badań RTG.\*
7. cennik opisów badań MR.\*
8. cennik opisów badań mammografii.\*

*…………………………………………………………….*

 *(podpis i pieczęć oferenta)*

*\*-niepotrzebne skreślić*

Załącznik nr 6

**CENNIK OPISÓW BADAŃ RTG DOROSŁYCH**

**OKOLICE ANATOMICZNE DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ ZLECENIOBIORCĘ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Okolica anatomiczna (np. RTG czaszki) | Cena za opis planowy (24 godziny) | Cena za opis pilny (6 godzin) | Cena za opis CITO-CITO (2 godziny) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| itd. |  |  |  |

Załącznik nr 7

**CENNIK OPISÓW BADAŃ RTG NOWORODKÓW**

**OKOLICE ANATOMICZNE DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ ZLECENIOBIORCĘ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Okolica anatomiczna (np. RTG czaszki) | Cena za opis planowy (24 godziny) | Cena za opis pilny (6 godzin) | Cena za opis CITO-CITO (2 godziny) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| itd. |  |  |  |

Załącznik nr 8

**CENNIK OPISÓW BADAŃ MR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Okolica anatomiczna  | Cena za opis planowy (10 dni) | Cena za opis pilny (24 godziny) | Cena za opis CITO-CITO (4 godziny) |
| 1. MR głowy bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 2. MR głowy z kontrastem |  |  |  |
| 3. MR głowy z programem naczyniowym angio w fazie tętniczej i żylnej bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 4. MR głowy z programem naczyniowym angio w fazie tętniczej i żylnej z podaniem środka kontrastowego (TWIST) |  |  |  |
| 5. MR przysadki z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 6. MR twarzoczaszki bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 7. MR twarzoczaszki ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
| 8. MR zatok bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 9. MR zatok z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 10. MR ślinianek bez podania środka kontrastowego, w tym z opcją sialografii |  |  |  |
| 11. MR ślinianek z podaniem środka kontrastowego, w tym z opcją sialografii |  |  |  |
| 12. MR oczodołów bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 13. MR oczodołów z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 14. MR szyi ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
| 15. MR szyi bez środka kontrastowego |  |  |  |
| 16. MR klatki piersiowej bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 17. MR klatki piersiowej ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
| 18. MR jamy brzusznej z kontrastem |  |  |  |
| 19. MR jamy brzusznej bez kontrastu |  |  |  |
| 20. MRCP |  |  |  |
| 21. MR miednicy ze środkiem kontrastowym |  |  |  |
| 22. MR miednicy bez środka kontrastowego |  |  |  |
| 23. MR prostaty |  |  |  |
| 24. Urografia MR bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 25. Urografia MR z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 26. MR jednego odcinka kręgosłupa bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 27. MR dwóch odcinków kręgosłupa bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 28. MR trzech odcinków kręgosłupa bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 29. MR jednego odcinka kręgosłupa z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 30. MR dwóch odcinków kręgosłupa z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 31. MR trzech odcinków kręgosłupa z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 32. MR stawu (jedna okolica anatomiczna) bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 33. MR stawu (jedna okolica anatomiczna) z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 34. MR dwóch stawów (np. stawy biodrowo-krzyżowe lub stawy biodrowe) bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 35. MR dwóch stawów (np. stawy biodrowo-krzyżowe lub stawy biodrowe) z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 36. MR kończyny górnej lub dolnej bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 37. MR kończyny górnej lub dolnej z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 38. MR whole body |  |  |  |
| 39. MR onkologiczne – 1 okolica anatomiczna z uwzględnieniem skali RECIST |  |  |  |
| 40. Porównanie aktualnego badania MR z poprzednim badaniem MR na podstawie dosłanych skanów poprzedniego badania MR |  |  |  |
| 41. Badania MR jamy brzusznej/miednicy/inne u kobiet ciężarnych (bez oceny patologii płodu) |  |  |  |
| 42. Badania MR piersi |  |  |  |
| 43. Inne badania MR (jedna okolica anatomiczna, nie wyszczególnione powyżej) bez podania środka kontrastowego |  |  |  |
| 44. Inne badania MR (jedna okolica anatomiczna, nie wyszczególnione powyżej) z podaniem środka kontrastowego |  |  |  |
| 45. Rekonsultacja w cenie badania podstawowego. |  |  |  |

Załącznik nr 9

**CENNIK OPISÓW BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH**

**OKOLICE ANATOMICZNE DO UZUPEŁNIENIA PRZEZ ZLECENIOBIORCĘ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Okolica anatomiczna  | Cena za opis planowy (5 dni) | Cena za opis pilny (24 godziny) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |