***Załącznik nr 1*** *do Materiałów Informacyjnych i Szczegółowych Warunków Konkursu*

### F O R M U L A R Z O F E R T Y

**dot. Postępowania Konkursowego Nr 3/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywania badań z zakresu scyntygrafii,**

**przez okres 24 miesięcy.**

1. **Dane Oferenta:**

Pełna nazwa Oferenta

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

 Regon ........................................ NIP ........................................ PESEL …………………………

 Adres Oferenta:

 ul. ............................................................................... nr …………..……

 kod pocztowy ........................... miejscowość .........................................................................

 ~~Adres zamieszkania Oferenta (osoby fizycznej):~~

 ~~ul. ............................................................................... nr …………..……~~

 ~~kod pocztowy .............................. miejscowość .........................................................................~~

 ~~Dane kontaktowe:~~

 ~~tel. ........................................................ mail: ………….……….……………………..…………~~

***UWAGA: wszystkie informacje dotyczące postępowania są przesyłane na podany mail***

1. **Oferowany czas trwania umowy to ……..… miesięcy, preferowany to 24 miesiące.**
2. **Oferuję termin płatności 10 dni, od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej faktury VAT (rachunku).**
3. **Oferuję sposób realizacji przedmiotu umowy zgodnie z wymaganiami NFZ i potrzebami Szpitala.**

1. **Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard:**

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

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

*...........................…..............*

 *pieczątka i podpis Oferenta*

**dot. Postępowania Konkursowego Nr 2/2025 obejmującego zamówienie w zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach wykonywania badań**

**z zakresu scyntygrafii, przez okres 24 miesięcy.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Przedmiot Zamówienia** | **Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych** | **Sposób kontaktowania się w sprawie realizacji świadczeń zdrowotnych** | **Oferowana cena za zabezpieczenie świadczeń zdrowotnych wykonywanych zgodnie z wymaganiami NFZ** |
| 1 | Scyntygrafia tarczycy |  |  |  | *……………………………cena* za 1 badanie |
| 2 | Scyntygrafia przytarczyc (SPECT) | *……………………………cena* za 1 badanie |
| 3 | Scyntygrafia nerek (badanie statyczne) | *……………………………cena* za 1 badanie |
| 4 | Scyntygrafia nerek (badanie dynamiczne) | *……………………………cena* za 1 badanie |
| 5 | Scyntygrafia przewodu pokarmowego – uchyłka Meckela | ……………………………cena za 1 badanie |
| 6 | Scyntygrafia koścca – Whole Body | ……………………………cena za 1 badanie |
| 7 | Cholescyntygrafia | ……………………………cena za 1 badanie |
| 8 | Scyntygrafia puli krwi w wątrobie | ……………………………cena za 1 badanie |
| 9 | Scyntygrafia lokalizacji krwawienia z przewodu pokarmowego | ……………………………cena za 1 badanie |
| 10 | Scyntygrafia statyczna wątroby i śledziony (SPECT) | ……………………………cena za 1 badanie |
| 11 | Znieczulenie  | ……………………………cena za 1 znieczulenie |

***Uwaga: W celu uniknięcia wezwania do uzupełnienia oferty oraz przedłużania tym czasu trwania postępowania konkursowego proszę wypełnić wszystkie kolumny.***

***Uwaga: W razie konieczności Udzielający Zamówienie wyraża zgodę na modyfikację tabeli Formularza Oferty przy zachowaniu pozycji już znajdujących się w niej badań.***

***data i podpis oferenta…………………………………………***