

**FORMULARZ OFERTOWY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ OPIEKI  
ZDROWOTNEJ**  
przez lekarzy specjalistów w dziedzinie radiologii  
o świadczenie usług zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej

|  |  |
|--|--|
| Nazwa oferenta   |  |
| Adres, kod pocztowy,<br>telefon  |  |
| REGON  |  |
| NIP  |  |
| Nr wpisu do właściwego<br>rejstru podmiotów<br>wykonujących<br>działalność leczniczą |  |
| Zakres świadczeń   |  |
| Oferowana cena<br>/ brutto /   |  |

.....  
*miejsowość i data*

.....  
*pieczętka i podpis Oferenta*

- do oferty należy dołączyć dokumenty i oświadczenia wskazane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert /SWKO/ - pod rygorem odrzucenia oferty.

Nazwa Przyjmującego zamówienie / pieczęć firmowa /

.....

Adres Przyjmującego zamówienie .....

**Wykaz osób, które będą wykonywać świadczenia zdrowotne w ramach umowy zawartej  
przez Przyjmującego zamówienie**

| Lp. | Imię i nazwisko<br>Adres zamieszkania | Nr prawa<br>wykonywania<br>zawodu | Kwalifikacje<br>rok uzyskania | Telefon<br>kontaktowy |
|-----|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|-----------------------|
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |
|     |                                       |                                   |                               |                       |

.....  
*data, pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie*

.....  
pieczęć firmowa Oferenta

### OŚWIADCZENIE OFERENTA

Niniejszym oświadczam, że:

1. Dostarczę kopię polisy ubezpieczeniowej najpóźniej w dniu podpisania umowy.\*
2. Zapewnię kadre medyczną posiadającą niezbędne kwalifikacje zawodowe do realizacji świadczeń zdrowotnych,\*\*
3. Osoby wskazane do realizacji świadczeń zdrowotnych posiadają aktualne badania lekarskie.\*
4. Zapoznałem/am się z treścią Warunków Szczegółowych Konkursu Ofert /SWKO/, poprzedzającego zawarcie umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych, przyjmuję je bez zastrzeżeń i wyrażam zgodę na włączenie ich treści do stosunku umownego łączącego strony,
5. Zapoznałem/am się z treścią projektu umowy i nie wnoszę do niego zastrzeżeń,
6. W ramach zawartej umowy będą wykonywane świadczenia zdrowotne określone w warunkach szczegółowych /SWKO/ tj. w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej, w szczególności:
  - interpretacja badań radiologicznych /RTG/
  - wykonanie i interpretacja badań z użyciem środków kontrastowych /RTG-C/,
  - wykonanie i interpretacja badań wykonanych met. Tomografii Komputerowej /KT/,
  - wykonanie i interpretacja badań ultrasonograficznych /USG/,
  - wykonanie i interpretacji badań mammograficznych,
  - wykonanie i interpretacji badań mammograficznych stereotaktycznych,
  - konsultacja badań tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego wykonanych w innych pracowniach,
  - konsultacja badań radiologicznych wykonanych w innych pracowniach,
  - pozostawanie w gotowości poza zakładem pracy do udzielania świadczeń zdrowotnych celem wykonania pilnych badań tomografii komputerowej z zastosowaniem strzykawki automatycznej /angio-TK/,
  - wykonanie i interpretacja badań metodą rezonansu magnetycznego.
7. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli Udzielającego zamówienia oraz/lub przez inny podmiot uprawniony (upoważniony), w zakresie przedmiotu umowy,
8. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w związku z prowadzonym postępowaniem konkursowym.

.....  
miejsce i data

.....  
pieczęć i podpis Oferenta

\*należy wykreślić w przypadku dołączenia dokumentu do oferty

\*\* oświadczenie składają podmioty lecznicze