Załącznik nr 2 do SWKO

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

Niniejszym składam ofertę w postępowaniu konkursowym na: **Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisów badań TK, RM i RTG w systemie teleradiologicznym na rzecz SPZOZ w Wieluniu** (nr postępowania: SPZOZ.ZP.2.24.243.2.2024).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Tryb planowy\*** | **Tryb pilny\*** | **Tryb cito\*** | **Badanie porównawcze\*\*** |
| **TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA** | | | | |
| TK głowy |  |  |  |  |
| TK ortopedyczne (kości, stawów, kręgosłupa -1 odcinek) |  |  |  |  |
| TK szyi |  |  |  |  |
| TK klatki piersiowej |  |  |  |  |
| TK brzucha |  |  |  |  |
| TK miednicy |  |  |  |  |
| TK dwóch okolic anatomicznych |  |  |  |  |
| Trauma scan |  |  |  |  |
| **REZONANS MAGNETYCZNY** | | | | |
| RM głowy |  |  |  |  |
| RM ortopedyczne (kości, stawów, kręgosłupa-1 odcinek) |  |  |  |
| RM szyi |  |  |  |
| RM klatki piersiowej |  |  |  |
| RM jamy brzusznej |  |  |  |
| RM miednicy |  |  |  |
| RM gruczołu krokowego |  |  |  |
| RM dwóch okolic anatomicznych |  |  |  |
| **RADIOLOGIA KLASYCZNA:** | | | | |
| RTG |  |  |  |  |

**\* należy podać cenę w zł**

**\*\* należy wskazać % wzrostu w stosunku do ceny badania podstawowego**

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu – i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż akceptuję 30 dniowy termin związania ofertą, licząc od terminu określonego dla złożenia oferty.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że akceptuję następujące terminy wykonania i doręczenia (elektronicznie) opisów poszczególnych badań, liczone od otrzymania obrazu/zlecenia:

**RTG w trybie planowym - do 48 godzin**

**TK w trybie planowym – do 120 godzin**

**RM w trybie planowym – do 360 godzin**

**RTG i TK w trybie pilnym – do 24 godzin**

**RM w trybie pilnym – do 48 godzin**

**RTG i TK w trybie CITO - do 1 godziny w przypadku udaru lub wylewu, w pozostałych przypadkach do 2 godzin.**

1. Oświadczam, że usługi wykonywane są przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.

................................... ………..........................................................................

Miejscowość, data pieczęć i podpis Oferenta lub podpis elektroniczny