**Załącznik nr 1**

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że personel lekarski w ilości minimum 10 osób, który będzie realizował świadczenia zdrowotne objęte konkursem ofert, posiada odpowiednie uprawnienia w zakresie niezbędnym do realizacji przedmiotu konkursu ofert.

…………………………………. ………………………………….

*miejscowość, data podpis składającego ofertę*

**Załącznik nr 2**

**OŚWIADCZENIA**

* + - 1. Oświadczam, że jesteśmy podmiotem wykonującym działalność leczniczą w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zmianami).
      2. Oświadczam, że na dzień złożenia oferty posiadamy ważną polisę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej obejmującą szkody będące następstwem udzielania świadczeń zdrowotnych albo niezgodnego z prawem zaniechania udzielania świadczeń zdrowotnych w rozumieniu Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U. z 2020 r., poz. 295 z późn. zmianami).
      3. Oświadczam, że nasza sytuacja finansowa pozwala na udzielanie świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem konkursu ofert.
      4. Oświadczam, że:

1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
2. akceptuję Szczegółowe Warunki Konkursu Ofert o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej przedstawione przez Udzielającego zamówienia,
3. akceptuję projekt umowy o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie diagnostyki obrazowej,

…………………………………. ………………………………….

*miejscowość, data podpis składającego ofertę*

**Załącznik nr 3**

**OF E R T A**

**na udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie**

**diagnostyki obrazowej**

NAZWA PODMIOTU ……………………………………….....................................................

ADRES ……………………………………………………………………………….................

NUMER WPISU RPWDL …………………………………………………………………………..........

ORGAN REJESTROWY ………………………………………………………………............

REGON ………………………………... NIP ……………………………………….

Niniejszym składam ofertę o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki obrazowej na rzecz Szpitala w Szczecinku Sp. z o.o. zwanego dalej „udzielającym zamówienia”

**1.Wartość brutto opłaty za opisanie 1 badania TK w trybie planowym (A) na udzielenie zamówienia za świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki obrazowej wynosi:..................................................................... zł.**

**( słownie: ……………………………………….......................................................................................)**

**2. Wartość brutto opłaty za opisanie 1 badania TK w trybie CITO (B) na udzielenie zamówienia za świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki obrazowej wynosi:..................................................................... zł.**

**( słownie: ……………………………………….......................................................................................)**

**3. Wartość brutto opłaty za opisanie 1 badania RTG w trybie planowym (C) na udzielenie zamówienia za świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki obrazowej wynosi:..................................................................... zł.**

**( słownie: ……………………………………….......................................................................................)**

**4. Wartość brutto opłaty za opisanie 1 badania RTG w trybie CITO (D) na udzielenie zamówienia za świadczenia zdrowotne w zakresie diagnostyki obrazowej wynosi:..................................................................... zł.**

**( słownie: ……………………………………….......................................................................................)**

* + - 1. **Przeprowadzona co najmniej jedna pełna integracja z system PACS/RIS Chazon Pixel – Tak/Nie\***
      2. **Dane kontaktowe placówki w której przeprowadzono pełna integrację z sytemem PACS/RIS Chazon Pixel …………………………………………………………………………………………………**

Oświadczam jednocześnie, że:

* 1. zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert,
  2. akceptuję warunki konkursu ofert przedstawione przez udzielającego zamówienie
  3. akceptuję projekt umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne,
  4. zamówienie będzie wykonywane przez 36 miesiące od momentu rozpoczęcia udzielania świadczeń.

Do oferty załączam następujące dokumenty:

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

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

*miejscowość, data………………………………………………* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

podpis składającego ofertę

**Załącznik nr 4**

**Załącznik nr 1 do umowy o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne**

**WYKAZ PRACOWNIKÓW**

**lekarzy specjalizacji II stopnia z radiodiagnostyki lub tytułu specjalisty z radiologii i diagnostyki obrazowej uprawnionych do opisywania badań**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | NR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU\* | Nr dyplomu specjalisty\* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* kserokopie dokumentów w załączeniu.

....................................., data ……………. 2020 r.

(miejscowość)

………............................................... (pełnomocny przedstawiciel wykonawcy)