**Załącznik nr 1 do zapytania ofertowego**

**Numer sprawy: SNW/ZP-371-22/2024**

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

*( Pieczęć Wykonawcy )*

**FORMULARZ OFERTOWY po zmianie**

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisu badań MR na rzecz Szpitala Na Wyspie Sp. z o.o. z siedzibą w Żarach przy ul. Pszennej 2, za pomocą systemu teleradiologii.

1. **Dane wykonawcy:**

**Nazwa Wykonawcy / Wykonawców** (w przypadku oferty wspólnej):

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

**Dokładny adres**:

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

**Województwo:** ……………..........................................................................................................

**NIP:** ……………..........................................

**REGON:** ……………..........................................

**Nr Tel:**  …………….........................................

**E:mail:** ……………..........................................

BDO ……………………………………….

1. **Zakres świadczeń:**

Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie opisu badań MR na rzecz Szpitala Na Wyspie Sp. z o.o. z siedzibą w Żarach przy ul. Pszennej 2, za pomocą systemu teleradiologii.

1. **Oferta cenowa:**

Za realizację przedmiotu zamówienia oferuję cenę brutto wg poniższego zestawienia

a/ MR planowe - głowa, kręgosłup, oczodoły - cena jednostkowa brutto …….. zł \* za opis x **550 opisów** = ………….. zł brutto

b/ MR planowe - brzuch, prostata, miednica, stawy, kości, szyja, twarzoczaszka, cholangiografia - cena jednostkowa brutto …….. zł\* za opis x **495 opisów** = ………….. zł brutto

c/ MR planowe - piersi - cena jednostkowa brutto …….. zł\* za opis x **275 opisów** = ………….. zł brutto

d/ MR planowe - całe ciało (wholebody) - cena jednostkowa brutto …….. zł\* x **110 opisów** = ………….. zł brutto

Kwota łączna brutto ( a+b+c+d) = ……………… zł (słownie:…………………………………..)

przy stawce podatku VAT ……%.

\* W cenie jednostkowej opisy badań z podaniem i bez podania środka kontrastowego.

1. Termin wykonania opisów badań w okresie trwania umowy **tj. od daty podpisania umowy do 31.03.2025 r.**

a) opisy badań MR planowe -głowa, kręgosłup, oczodoły -wykonywane w siedzibie Wykonawcy we wszystkie dni tygodnia w terminie do **….. dni** ,

b/ opisy badań MR planowe – brzuch, prostata, miednica, stawy, kości, szyja, twarzoczaszka, cholangiografia - wykonywane w siedzibie Wykonawcy we wszystkie dni tygodnia w terminie do …. dni,

c) opisy badań MR planowe – piersi - wykonywane w siedzibie Wykonawcy całodobowo w terminie do **…. dni**.

d/opisy MR planowe – całe ciało (wholebody) wykonywane w siedzibie Wykonawcy całodobowo

w terminie do **…. dni**.

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią zapytania ofertowego i nie zgłaszam zastrzeżeń.

6. Oświadczenie wymagane od wykonawcy w zakresie wypełnienia obowiązków informacyjnych przewidzianych w art. 13 lub art. 14 RODO

Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO1) wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu.\*

7. Ponadto informuję o zasadach komunikacji:

7. 1. Udzielający Zamówienia ( jednostka kierująca) wprowadza badania wyłącznie do systemu teleradiologii. W przypadku problemów technicznych lub problemów z otrzymaniem opisu badania w terminie określonym w umowie dla badań planowych należy kontaktować się za pomocą portalu ……………. pod adresem ……………………

7.2. Wszystkie problemy związane z opisami badań w systemie teleradiologii ( np. opóźnienie w opisie, błędny opis lub inne dane) należy zgłaszać za pomocą portalu ……………. pod adresem …………….. w trybie całodobowym.

W sytuacji nie potwierdzenia przez Koordynatora telerafiologii przyjęcia zgłoszenia w portalu, należy kontaktować się telefonicznie pod numerem dyżurnym koordynatora teleradiologii ……………. Całodobowo.

7.3. Wszystkie problemy informatyczne związane z system teleradiologii oraz transmisją danych należy zgłaszać za pomocą portalu ……. Pod adresem …… w trybie całodbowym.

W sytuacji nie potwierdzenia przez dyżurnego informatyka przyjęcia zgłoszenia w portalu należy kontaktować się telefonicznie pod numerem dyżurnym koordynatora ……….. całodobowo.

7.4. Listę kontaktową w tym numery telefonów oraz adresy email podam w załączniku do niniejszej oferty.

Załączniki do oferty:

……………………………………………………

……………………………………………………

(….)

…………..…….. dnia …………..……… r.

…………………………………………...............…………

(*podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty*)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1) rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

\* W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).