

STRONA TYTUŁOWA OFERTY

OFERTA

Postępowanie nr XXIV/2025/TELERTG

na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej
(teleradiologia) w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie

Świadczeniodawca:

.....

(pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

.....

.....

(cd. pełna nazwa świadczeniodawcy zgodnie z nomenklaturą zarejestrowanej działalności)

Oferta zawiera kolejno ponumerowanych stron.

.....

(data, podpis i pieczęć Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr XXIV/2025/TELERTG

na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej (teleradiologia) w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

Spis treści:

Nr strony (od - do)

1.	.....
2.	.....
3.	.....
4.	.....
5.	.....
6.	.....
7.	.....
8.	.....
9.	.....
10.	.....

.....

(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)

FORMULARZ OFERTY

Przystępując do konkursu na świadczenie usług zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej (teleradiologii) w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie - numer postępowania **XXIV/2025/TELERTG** ogłoszonego przez Szpital Praski p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o., z siedzibą przy Al. Solidarności 67 w Warszawie:

1. Oświadczam, iż oferuję wykonanie przedmiotu konkursu określonego w szczegółowych warunkach konkursu ofert.
2. Oświadczam, że wykonam przedmiot umowy na zasadach określonych w szczegółowych warunkach konkursu i w terminach uzgodnionych z Zamawiającym.
3. Oświadczam, że wykonam przedmiot konkursu z należytą starannością, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz zasadami sztuki medycznej.
4. Oświadczam, że kwota wskazana w formularzu cenowym obejmuje wszystkie koszty jakie Zamawiający zobowiązany będzie ponieść w związku z wykonaniem przedmiotowego zamówienia (tj. koszty badań profilaktycznych, koszty dojazdu, koszty przeszkolenia, w szczególności w zakresie bhp i ppoż., koszty ubioru zgodnie z wymogami prawa i zasadami obowiązującymi u Zamawiającego).
5. Oświadczam, że:
 - a. zapoznałem się z treścią ogłoszenia i dokumentacją konkursową (SWKO wraz ze wszystkimi załącznikami) i nie wnoszę zastrzeżeń do ich treści;
 - b. otrzymana dokumentacja konkursowa jest wystarczająca do złożenia oferty;
 - c. wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych dla celów postępowania konkursowego.

.....
(data, podpis i pieczęć
Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr **XXIV/2025/TELERTG**

na udzielanie świadczeń usług zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej (teleradiologia) w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie,

OFERTA CENOWA

Oświadczam, że zobowiązuję się do wykonywania świadczeń zdrowotnych w Szpitalu Praskim Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, Al. Solidarności 67, 03-401 Warszawa określonych W SWKO Postępowania Konkursowego nr XXIV/2025/TELERTG na następujących warunkach:

rodzaj badania i tryb pilności	proponowana cena za wykonanie i dostarczenie wyniku badania (pln/opis)
badania RTG w trybie pilności do 1 godziny	
badania RTG w trybie pilności do 2 godzin	
badania RTG w trybie pilności do 24 godz	
badania RTG w trybie pilności do 120 godzin	
badania TK w trybie pilności do 1 godziny	
badania TK w trybie pilności do 2 godzin	
badania TK w trybie pilności do 24 godz	
badania TK w trybie pilności do 120 godzin	

.....
(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)

Postępowanie nr **XXIV/2025/ TELERTG** na udzielanie świadczeń usług zdrowotnych z zakresu radiologii i diagnostyki obrazowej (teleradiologia) w Szpitalu Praskim p.w. Przemienienia Pańskiego Sp. z o.o. w Warszawie.

OŚWIADCZENIE

Ja niżej podpisany..... oświadczam, że niżej określone dokumenty znajdują się u Zamawiającego:

**niepotrzebne skreślić*

1. kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, o którym mowa w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. *o działalności leczniczej* wydanego przez okręgową radę lekarską,
2. wydruk z właściwego rejestru (Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej,
3. kopia lub odpis prawa wykonywania zawodu lekarza,
4. kopia dyplomu lekarza,
5. kopia dyplomu specjalizacji,
6. kopia polisy OC obowiązującej w momencie składania ofert, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

.....

(data, podpis i pieczętka Świadczeniodawcy)