

dn. _____ r.

OD:

NAZWA Przyjmującego

zamówienie _____

ADRES Przyjmującego

zamówienie _____

NUMER telefonu Przyjmującego

zamówienie _____

Adres poczty elektronicznej Przyjmującego zamówienie

Imię i nazwisko, telefon osoby do kontaktu Przyjmującego zamówienie

OFERTA

DLA: WIELOSPECJALISTYCZNY SZPITAL - SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ W ZGORZELCU
59-900 Zgorzelec, ul. Lubańska 11/12
tel. 571 334 686 fax 75 77 50 173

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroterapii dla pacjentów
Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

- oferujemy:

Następujące rodzaje świadczeń:

procedura	Szacowana liczba procedur w trakcie trwania umowy	Wartość jednostkowa	Wartość całkowita
badanie elektrofizjologiczne (ICD9 – 37.261) E 44,			
ablacja przeskórna prądem RF (ICD9 – 37.342) E 43,			
ablacje proste przeskórne prądem RF z wykorzystaniem			

Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez
 Przyjmującego zamówienie

systemu elektroanatomicznego 3D (ICD9 – 37.342 + 37. 272) E 46,			
ablacje złożone przezskórne prądem RF z wykorzystaniem systemu elektroanatomicznego 3D (ICD9 – 37.342 + 37.272) E 47,			
ablacja migotania przedsionków (ICD9 – 37.342) E 48,			
ablacja u chorych z rozpoznaniem burzy elektrycznej (produkt odrębny 5.52.01.0001505),			
SUMA			

2. Adres realizacji świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego konkursu

_____.

3. Osobą upoważnioną do reprezentowania firmy Przyjmującego zamówienie w niniejszym postępowaniu jest - _____, na podstawie _____ (wskazać dokument i załączyć do oferty).

4. Oświadczam, iż zapoznałem się z warunkami konkursu wraz z projektem umowy i przyjmuję je bez zastrzeżeń.

5. Oświadczam, iż pozostanę związany złożoną ofertą przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.

6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

7. Wyznaczam osobę odpowiedzialną za organizację udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem Umowy – tj. _____ (proszę podać imię, nazwisko, stanowisko, telefon kontaktowy, e-mail kontaktowy).

8. Oświadczam, iż posiadam wykwalifikowany personel (posiadający doświadczenie i wiedzę) zdolny do udzielania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem niniejszego postępowania.

WYKAZ OSÓB, które będą udzielać świadczeń zdrowotnych w zakresie elektroterapii dla pacjentów Wielospecjalistycznego Szpitala SPZOZ w Zgorzelcu

Lp.	Imię i nazwisko	Kwalifikacje zawodowe	informacje o podstawie do dysponowania osobami (np. umowa o pracę, umowa cywilnoprawna)
1			
2			

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez
Przyjmującego zamówienie*

3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			

9. Oświadczam, iż posiadam sprzęt niezbędny do świadczenia usług w zakresie wskazanym w konkursie - zgodnie z aktualnie obowiązującymi wymogami NFZ i MZ.

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez
Przyjmującego zamówienie*

DYREKTOR
Wielospecjalistycznego Szpitala-
-SP ZOZ w Zgorzelcu

Zofia Barczyk

RADCA PRAWNY
Daria Ziemiańska-Stanek
WŁ/LG/516

*Podpis i pieczęć osoby upoważnionej przez
Przyjmującego zamówienie*