**Załącznik nr 1 do SWKO**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs:** **K/2/IV/2019**

1. Dane Oferenta

Nazwa........................................................................................................................................

Siedziba......................................................................................................................................

Nr telefonu...................................... e-mail ……………………………………………………………………………

Reprezentowany przez: .............................................................................................................

Nr wpisu w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą .....................................

1. W konkursie ogłoszonym przez Prudnickie Centrum Medyczne S. A. w Prudniku, ul. Szpitalna 14, 48-200 Prudnik, na świadczenie usług zdrowotnych w zakresie:

Wykonywanie diagnostyki endoskopowej (gastroskopia, kolonoskopia) w pomieszczeniach pracowni endoskopii i świadczenie usług zdrowotnych w zakresie diagnostyki endoultrasonografii (EUS) w pomieszczeniach pracowni endoskopii Prudnickiego Centrum Medycznego S. A. w Prudniku.

Składam ofertę na następujące części przedmiotu zamówienia i proponuję następujące kwoty wynagrodzeń za wykonane i sprzedane usługi:

**Ad. Część nr 1.**

1. Diagnostyka ambulatoryjna –

Ilość punktów badań gastroskopii –

Ilość punktów badań kolonoskopii –

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | **Pracownia endoskopii**  | Ilość punktów za procedurę wg. Katalogu płatnika publicznego | Oferowana cena za punkt | Oferowana cena za 1 procedurę zł  |
| *1* | *2* | *3* | *4* | *5=3\*4* |
| **Gastroskopia** |  |  |  |
| 1 | gastroskopia diagnostyczna | 12 |  |  |
| 2 | gastroskopia diagnostyczna z biopsją 2 wycinki | 25 |  |  |
| 3 | gastroskopia diagnostyczna z biopsją 1 wycinek | 20 |  |  |
| **Kolonoskopia** |  |  |  |
| 1 | kolonoskopia diagnostyczna | 30 |  |  |
| 2 | kolonoskopia z polipektomią | 110 |  |  |
| 3 | kolonoskopia z biopsja | 40 |  |  |

1. Diagnostyka endoskopowa dla pacjentów szpitalnych

Wycena procedury jak w tabeli powyżej. Ilość wykonanych procedur według potrzeb Udzielającego Zamówienie, potwierdzonych odpowiednim skierowaniem.

Udzielający zamówienia określa, że szacunkowa ilość procedur EUS do wykonania wynosi: 20 procedur miesięcznie / 240 procedur rocznie.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | **Procedura EUS** | Oferowana cena za 1 procedurę zł \*) |
| *1* | *2* | *5* |
| 1 | Procedura EUS |  |

1. Oświadczam, że:
	1. Posiadam aktualnie obowiązujące uprawnienia niezbędne do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu ofert.
	2. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia i szczegółowych warunków Konkursu,

**Do oferty należy dołączyć kserokopie dokumentów wymienionych w „Szczegółowych warunkach konkursu ofert” w ust VI.**

1. Zastrzeżenie wykonawcy:

Niżej wymienione dokumenty składające się na ofertę nie mogą być ogólnie dostępne:

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

Inne informacje wykonawcy: …………………………………………………………………………………………..…………

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

Data.............................. …........................................

 ( podpis)