



L.dz: <sup>321</sup>...../2020/ZP

Zagórze, dnia 03.12.2020r.

### PYTANIA I ODPOWIEDZI

Dotyczy: konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie: konsultacji specjalistycznych, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją oraz wykonywania badań diagnostycznych TK, MRI, RTG, USG. Nr spr.19/2020/KO.

1. Przyjmujący Zamówienie zwraca się z prośbą o modyfikację formularza ofertowego, załącznik nr 1 c SWKO poprzez wykreślenie w części 3: Badania diagnostyczne TK, MRI pozycji „**Znieczulenie do TK/szt**”

**Uzasadnienie:** Przyjmujący Zamówienie nie świadczy usług w zakresie realizacji badań tomografii komputerowej w znieczuleniu.

Odpowiedź:

Udzielający zamówienia modyfikuje formularz ofertowy 1 c. poprzez usunięcie pozycji -znieczulenie do TK.

Poniżej Formularz ofertowy 1 c (dot. części 3) po zmianie:

Prezes Zarządu  
Michał Stelmański

Nazwa Oferenta

.....

Adres

.....

TEL./FAX, e-mail

.....

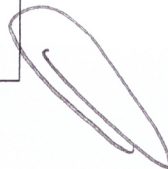
NIP.....REGON.....

**Formularz ofertowy**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na **Udzielanie świadczeń zdrowotnych: konsultacji lekarzy specjalistów, świadczeń udzielanych w ramach SOR nie zakończonych hospitalizacją, oraz badań diagnostycznych (TK,MRI,USG,RTG)** dla Mazowieckiego Centrum Neuropsychiatrii Spółka z o.o. w Zagórz k/W-wy, 05-462 Wiązowna , nr spr. 19/2020/KO składamy ofertę:

**Część 3. Badania diagnostyczne TK, MRI**

Przedmiot zamówienia	Cena za 1 badanie	Ilość	Wartość brutto
Tomografia komputerowa bez kontrastu		25	Wartość brutto ..... zł.
Tomografia komputerowa z kontrastem* w tym kontrast 50 ml. lub inna najmniejsza dawka podawana przy badaniu. tj.....ml. i 2 kolejne dawki .....cena.....zł. .....cena .....zł. Lub		20	Wartość brutto





Tomografia komputerowa z kontrastem –niezależnie od podanej dawki (ryczałt)*  <b>*należy wybrać opcję</b>			..... zł.
Rezonans magnetyczny bez kontrastu		75	Wartość brutto ..... zł
Rezonans magnetyczny z kontrastem*w tym kontrast 2,5 ml.  lub inna najmniejsza dawka podawana przy badaniu.  tj.....ml.  i 2 kolejne dawki .....cena.....zł. .....cena .....zł.  lub  Rezonans magnetyczny z kontrastem niezależnie od podanej dawki (ryczałt)*  <b>*należy wybrać opcję</b>		35	Wartość brutto ..... zł
Znieczulenie do MRI /szt .		15	Wartość brutto ..... zł
<b>Razem</b>			<b>Wartość brutto</b> ..... zł.

Wartość brutto słownie:.....

.....zł.

**Oświadczamy, że:**

1. Zapoznałam/em się projektem Umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na zaoferowanych warunkach,
2. Zobowiązuję się do przedłużenia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie w/w świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych w Rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 22.12.2011 w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu przyjmującego zamówienie na świadczenie zdrowotne (Dz. U. Nr 293, poz. 1729) i przedstawienia jej Zamawiającemu pod rygorem rozwiązania umowy.

.....

(miejsowość, data)

.....

(podpis i pieczęć)

