Lubliniec, dnia …………………

DKRK.433.4.2018

 **…………………….**

 **…………………….**

 **…………………….**

 **…………………….**

 **…………………….**

Dyrekcja Wojewódzkiego Szpitala Neuropsychiatrycznego im. dr. Emila Cyrana
w Lublińcu (WSN), zwraca się z uprzejmą prośbą o przesłanie oferty cenowej w zakresie świadczonych przez Państwa usług, w terminie do dnia 16.07.2018 r. do godz.: 15:00. Dopuszcza się możliwość składania ofert częściowych na poszczególne usługi zgodnie
z załącznikiem nr 1 (liczy się data wpływu w WSN).

 Nadesłane oferty posłużą do wyłonienia podwykonawcy i zawarcia umowy na świadczenia zdrowotne w ww. zakresie na rzecz pacjentów WSN. Przewidywany okres obowiązywania umowy to: od dnia 01.08.2018 r. do dnia 31.07.2019 r.

 Wyłoniony podwykonawca zobowiązany będzie do:

* posiadania aktualnego i opłaconego ubezpieczenia w zakresie OC, zgodnie
z obowiązującymi przepisami prawa i utrzymywaniem go przez okres obowiązywania umowy,
* poddania się kontroli przez Śląski Oddział Narodowego Funduszu Zdrowia na zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy,
* bieżącego aktualizowania danych o swoim potencjale wykonawczym przeznaczonym do realizacji umowy w Portalu Świadczeniodawcy, zgodnie
z wymogami NFZ,
* podpisania umowy zgodnej z załącznikiem nr 3.

Ponadto Oferent jest zobowiązany dostarczyć wraz z formularzem cenowym oświadczenie zgodnie z załącznikiem nr 2.

 Jednocześnie informujemy, iż zapłata wynagrodzenia za realizację zamówienia będzie dokonywana w terminie 30 dni od daty otrzymania faktury. Zapłata nastąpi w formie przelewu na rachunek bankowy wskazany w treści faktury.

 Dziękujemy za pozytywne rozpatrzenie naszej prośby.

*Podstawa prawna:*

*- z art. 26, ust. 4a Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U.2018.160
z późn. zm.).*

**Załącznik nr 1**

……………………………………………..

 (pieczątka oferenta)

**FORMULARZ CENOWY**

**Ceny brutto poszczególnych zakresów świadczeń:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Zakres świadczeń** | **Szacunkowa****liczba usług**  | **Cena jednostkowa brutto****zł/usługa** | **Wartość brutto** **(w zł)****(liczba usług x****cena jedn. brutto)** |
| 1.\* | Konsultacja chirurgiczna | **100** |  |  |
| Konsultacja chirurgiczna z USG jamy brzusznej | **10** |  |  |
| **Razem:** | **110** | - |  |
| 2.\* | Konsultacja ginekologiczna | **20** |  |  |
| Konsultacja ginekologicznaz USG ginekologiczne | **20** |  |  |
| **Razem:** | **40** | - |  |
| 3. | Konsultacja pediatryczna | **5** |  |  |
| 4.\* | Konsultacja internistyczna(chorób wewnętrznych) | **40** |  |  |
| Konsultacja internistyczna (chorób wewnętrznych) z USG jamy brzusznej) | **5** |  |  |
| **Razem:** | **45** | - |  |
| 5. | Konsultacja diabetologiczna | **5** |  |  |
| 6.\*\*\* | Konsultacja anestezjologiczna | **10** |  |  |
| Resuscytacja krążeniowo-oddechowa | **1** |  |  |
| Resuscytacja oddechowa | **1** |  |  |
| Tracheostomia wspomagająca oddychanie | **1** |  |  |
| Intubacja dotchawiczna | **1** |  |  |
| Wkłucie do centralnego naczynia żylnego | **1** |  |  |
| **Razem:** | **15** | - |  |
| 7.\* | Badania endoskopii: | **-** | - | - |
| Gastroskopia | **5** |  |  |
| Gastroskopia z testem ureazowym | **2** |  |  |
| Gastroskopia z wycinkiem i badaniem histopatologicznym | **2** |  |  |
| Rektoskopia | **2** |  |  |
| Rektoskopia z wycinkiem | **2** |  |  |
| Kolonoskopia | **3** |  |  |
| Kolonoskopia z wycinkiem | **2** |  |  |
| **Razem:** | **18** | - |  |
| 8.\* | Badania RTG z opisem: | - | - | - |
| RTG żuchwy | **1** |  |  |
| RTG zatok nosa | **1** |  |  |
| RTG otoczenie kostne oczodołu | **1** |  |  |
| RTG kości jarzmowej | **1** |  |  |
| RTG czaszki w 2 projekcjach | **1** |  |  |
| RTG czaszki inne | **1** |  |  |
| RTG kręgosłupa szyjnego w 2 projekcjach | **1** |  |  |
| RTG kręgosłupa piersiowego w 2 projekcjach | **1** |  |  |
| RTG kręgosłupa L-S w 2 projekcjach | **1** |  |  |
| RTG kości krzyżowej i guzicznej | **1** |  |  |
| RTG kręgosłupa inne | **1** |  |  |
| Fistulografia ściany klatki piersiowej | **1** |  |  |
| RTG żeber | **1** |  |  |
| RTG mostka | **1** |  |  |
| RTG obojczyka | **1** |  |  |
| RTG klatki piersiowej – rutynowe | **1** |  |  |
| Urografia – kontrast jonowy | **1** |  |  |
| Urografia – kontrast niejonowy | **1** |  |  |
| RTG układu moczowego – inne – przeglądowe | **1** |  |  |
| RTG jamy brzusznej – przeglądowe na leżąco | **1** |  |  |
| RTG jamy brzusznej – promieniem poziomym | **1** |  |  |
| RTG barku | **1** |  |  |
| RTG kości ramienia | **1** |  |  |
| RTG stawu łokciowego | **1** |  |  |
| RTG kości przedramienia | **1** |  |  |
| RTG nadgarstka | **1** |  |  |
| RTG dłoni | **1** |  |  |
| RTG kości górnej – inne | **1** |  |  |
| RTG kości miednicy | **1** |  |  |
| RTG stawu biodrowego - inne | **1** |  |  |
| RTG kości udowej | **1** |  |  |
| RTG stawu kolanowego | **1** |  |  |
| RTG kości podudzia | **1** |  |  |
| RTG stawu skokowego | **1** |  |  |
| RTG stopy | **1** |  |  |
| RTG kończyny dolnej - inne | **1** |  |  |
| **Razem:** | **36** | - |  |
| **R a z e m:****(suma wszystkich punktów 1-8)** | **274** |  |  |

\* przy wyborze oferty pod uwagę będzie brana suma wartości wymienionego zakresu w danym punkcie,

\*\* z możliwością wykonania konsultacji anestezjologicznych w siedzibie Udzielającego zamówienia.

……………………, dnia ……………………. ......................................................................

 (czytelny podpis oferenta)

**Załącznik nr 2**

Dane świadczeniodawcy:

Nazwa: …………………………………………....

…………………………………………………….

Adres: …………………………………………….

**OŚWIADCZENIE**

1. Oświadczam, że nie zachodzi wobec mnie przeszkoda z art. 132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy
z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jedn.: Dz.U.2017.1938 z późn. zm.), uniemożliwiająca zawarcie umowy.
2. Oświadczam, że zapoznałem/łam się i nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jego podpisania na warunkach określonych w tym projekcie, w miejscu
i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
3. Oświadczam, że posiadam aktualne i opłacone ubezpieczenie w zakresie OC, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i utrzymam je przez okres obowiązywania umowy.

……………………, dnia ……………………. ......................................................................

 (czytelny podpis oferenta)