



AKADEMICKI SZPITAL KLINICZNY

im . Jana Mikulicza – Radeckiego

we Wrocławiu

ul. Borowska 213 50-556 Wrocław

Kancelaria: (071)733-12-00 Sekretariat: (071)733-11-00 Fax: (071)733-12-09
strona internetowa: www.aszk.wroc.pl e-mail: sekretariat@aszk.wroc.pl

Załącznik nr 1

Zakres rzeczowo – finansowy oferty

(wzór oferty)

1. Oferta na wykonywanie.....
(wymienić rodzaj świadczeń zdrowotnych)
2. Nazwa i adres oferenta:
.....
.....
3. Numery telefonu i faksu:
.....
4. Nr NIP:
.....
5. Nr REGON:
.....
6. Nr konta bankowego.....
7. Należy załączyć kserokopie dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu wykonującego badania objęte konkursem.

Dane o personelu odpowiedzialnym za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu:

Nazwisko i imię	Kwalifikacje zawodowe	Rola w realizacji zamówienia

„Jesteśmy po to żeby leczyć, kształcić i rozwijać wiedzę medyczną”

8. Udzielający zamówienia wymaga aby:
- badania diagnostyczne były realizowane przez przeszkolony personel posiadający kwalifikacje, odpowiednie do rodzaju badań objętych niniejszym konkursem,
 - badania diagnostyczne były zakończone pisemnym wynikiem podpisanym przez osobę/y z odpowiednimi kwalifikacjami i uprawnieniami,
 - w przypadku badań wykonywanych w trybie pilnym wynik winien być dostępny niezwłocznie w dniu wykonania badania, a w przypadku gdy nie jest to tryb pilny do 3 dni.
 - badania diagnostyczne były wykonywane przy użyciu aparatów lub urządzeń gwarantujących skuteczną diagnostykę i spełniających standardy określone przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz prawodawcę,
 - oferent złoży oświadczenie o wyrażeniu zgody na poddanie się kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia stosownie do obowiązujących w tym zakresie przepisów.

9. Załącznikami do niniejszej oferty są :

(kopie dokumentów winny być potwierdzone za zgodność z oryginałem)

Oferta powinna zawierać wymagane dokumenty:

- a) wypełniony i podpisany Załącznik nr 1 wraz z cennikiem określonym sprzętem wyposażenia oraz wskazanie liczby osób i kwalifikacji zawodowych wg wzoru załączonego do niniejszych warunków,
- b) wypełniony i podpisany Załącznik nr 2 wg wzoru załączonego do niniejszych warunków,
- c) dokumenty nadania numeru NIP i REGON,
- d) kserokopię wpisu do rejestru uprawniającego do występowania w obrocie prawnym (KRS) wystawiony nie wcześniej niż 6 miesięcy przed upływem terminu składania ofert,
- e) kserokopię aktualnego ubezpieczenia OC w zakresie świadczonych przez siebie usług w całym okresie obowiązywania umowy, z minimalną sumą gwarancyjną ubezpieczenia OC w odniesieniu do jednego zdarzenia, którego skutki objęte są umową ubezpieczenia OC, nie niższą niż równowartość w złotych kwoty 46.500,00 EURO,
- f) kserokopię wpisu zakładu opieki zdrowotnej do rejestru wojewody,
- g) kserokopię dokumentów potwierdzających kwalifikacje personelu wykonującego badania objęte konkursem,
- h) parafowany projekt umowy,
- i) określenie warunków lokalowych, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny oraz środki łączności.

.....
(data, podpis i pieczętka osoby upoważnionej do reprezentowania oferenta)

CENNIK USŁUG

lp.	Nazwa	Cena (PLN)
1		
2		

..... dn.

.....
*podpisy i pieczętki upoważnionych
przedstawicieli Oferenta*