***Załącznik nr 2 do SWKO***

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY**

Niniejszym składam ofertę **na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisu badań TK, RM i RTG w systemie teleradiologicznym na rzecz SPZOZ w Wieluniu** (nr sprawy: SPZOZ.ZP.2.24.243.1.2024).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa badania** | **Tryb planowy\*** | **Tryb pilny\*** | **Tryb cito\*** | **Badanie porównawcze** |
| **TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA** | | | | |
| TK głowy |  |  |  |  |
| TK ortopedyczne (kości, stawów, kręgosłupa -1 odcinek) |  |  |  |  |
| TK szyi |  |  |  |  |
| TK klatki piersiowej |  |  |  |  |
| TK brzucha |  |  |  |  |
| TK miednicy |  |  |  |  |
| TK dwóch okolic anatomicznych |  |  |  |  |
| Trauma scan |  |  |  |  |
| **REZONANS MAGNETYCZNY** | | | | |
| RM głowy |  |  |  |  |
| RM ortopedyczne (kości, stawów, kręgosłupa-1 odcinek) |  |  |  |  |
| RM szyi |  |  |  |  |
| RM klatki piersiowej |  |  |  |  |
| RM brzucha |  |  |  |  |
| RM miednicy |  |  |  |  |
| RM dwóch okolic anatomicznych |  |  |  |  |
| **RADIOLOGIA KLASYCZNA:** | | | | |
| RTG |  |  |  |  |

**\*podać cenę (w PLN)**

1. Oświadczam, że w przypadku wyboru mojej oferty jako najkorzystniejszej zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych we wzorze umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do Szczegółowych Warunków Konkursu – i nie wnoszę do niej zastrzeżeń.
2. Oświadczam, iż przyjmuję 30 dniowy termin związania ofertą, licząc od terminu określonego dla złożenia oferty.
3. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie ofert oraz ze szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
4. Oświadczam, że opisy badań, w trybie planowym, będą wykonane i doręczone elektronicznie w terminie **do 48 godzin** od otrzymania obrazu/zlecenia.
5. Oświadczam, że opisy badań RM i TK w trybie pilnym, będą wykonane i doręczone elektronicznie w terminie **do 24 godzin** od otrzymania obrazu/zlecenia.
6. Oświadczam, że opisy badań RTG, w trybie pilnym, będą wykonane i doręczone elektronicznie w terminie **do 12 godzin** od otrzymania obrazu/zlecenia.
7. Oświadczam, że opisy badań w trybie CITO będą wykonane i doręczone elektronicznie   
   w terminie **do 1 godziny w przypadku udaru lub wylewu, w pozostałych przypadkach do 2 godzin** od otrzymania obrazu/zlecenia.
8. Oświadczam, że usługi wykonywane są przez 7 dni w tygodniu, 24 godziny na dobę.

................................... …......................................

Miejscowość, data pieczęć i podpis Oferenta