

Oferta na realizację badań PET

Lp.	Pytanie do oferenta	Odpowiedź oferenta
I. Dane o ofercie		
1.	Pełna nazwa zakładu opieki zdrowotnej	
2.	Adres wraz z kodem pocztowym, adres e-mail, telefon, fax	
3.	NIP	
4.	Regon	
5.	Nazwa podmiotu, który utworzył zakład	
6.	Nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej	
7.	Nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego	
8.	Kierownik zakładu (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
9.	Osoba odpowiedzialna za realizację programu – koordynator (imię i nazwisko, nr tel., fax)	
II. Podstawowe informacje o sprzęcie medycznym do realizacji badań		
1.	Rok produkcji skanera PET	
2.	Typ skanera, producent	
3.	Pracownia do przygotowywania radiofarmaceutyków	
4.	Stosowane radiofarmaceutyki	
5.	Program archiwizacji danych pacjentów w systemie komputerowym	
6.	Aparatura do kontroli jakości	

III. Informacje o personelu medycznym wykonującym badania		
1.	Lekarz specjalista (liczba osób, wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z oferentem) w dziedzinie: A. medycyny nuklearnej B. radiologii	A. B.
2.	Pracownicy zajmujący się produkcją radiofarmaceutyków (liczba osób, wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z oferentem) z wyższym wykształceniem w dziedzinie: A. fizyki B. biologii C. innej	A. B. C.
3.	Pielęgniarki (liczba osób, wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z oferentem)	
4.	Technicy (liczba osób, wykaz imienny, kwalifikacje, forma współpracy z oferentem)	
5.	Personel do obsługi bazy danych pacjentów objętych badaniami	
IV. Plan rzeczowo – finansowy		
1.	Proponowana liczba badań, którą oferent może wykonać w ramach programu w 2008r.	
2.	Cena jednostkowa oferowanego badania PET	
3.	Szczegółowa kalkulacja ceny jednostkowej badania <ul style="list-style-type: none"> ▪ koszty materiałowe ▪ eksploatacja sprzętu ▪ koszty osobowe ▪ koszt obsługi bazy danych ▪ koszty inne (jakie) ▪ 	a) b) c) d) e)
4.	Koszt całkowity badań /liczba badań x cena jednostkowa/	
V. Inne informacje		
1.	Łączna liczba badań PET, jaką oferent wykonał rocznie w okresie ostatnich trzech lat	2007r. - 2006 r. - 2005 r.
2.	Liczba badań PET, którą oferent może wykonać na rzecz programu: A. w ciągu dnia B. w ciągu tygodnia	A. B.

3.	Czy oferent realizował badania na zlecenie podmiotu innego niż NFZ w okresie trzech ostatnich lat ? (proszę wpisać tak lub nie) Kto finansował badania? Jaką populację objęto badaniami ?	2007 r. – 2006 r. - 2005 r. -
4.	Czy oferent zagwarantuje zleceniodawcy przekazywanie kopii wyników badań pacjentów przebadanych w ramach programu na potrzeby analizy merytorycznej programu	
5.	Czy istnieje możliwość telefonicznego umawiania terminu badań w ramach programu (tel., godz.)	
6.	Dostępność: dni tygodnia i godziny realizacji badań na rzecz programu	
7.	Lokalizacja: a) miejsce realizacji badań (adres, pok., tel/fax) b) dojazd środkami komunikacji miejskiej	

Jednocześnie oferent oświadcza, że:

1. zapoznał się z treścią ogłoszenia Prezydenta Miasta Płocka o prowadzonym postępowaniu konkursowym na realizację programów zdrowotnych;
2. wszystkie podane w ofercie informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym;
3. przez cały okres realizacji programu na zlecenie Zamawiającego, zobowiązuje się do:
 - a) zatrudnienia przy realizacji programu osób o odpowiednich kwalifikacjach zawodowych i uprawnieniach do udzielania świadczeń zdrowotnych, określonych w odrębnych przepisach;
 - b) zabezpieczenia dostępu do sprzętu i aparatury medycznej, niezbędnych do prawidłowego wykonywania świadczeń zdrowotnych i odpowiadających wymaganiom określonym w odrębnych przepisach;
 - c) udzielania świadczeń zdrowotnych z zachowaniem najwyższej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, wszelkimi dostępnymi mu metodami i środkami, respektując prawa pacjenta, zgodnie z zasadami etyki zawodowej;
 - d) zgłaszania wykrytego nowotworu do regionalnego rejestru nowotworów, wg zasad określonych w odrębnych przepisach;
 - e) utrzymania ważnego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie obejmującym również odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV, przez cały okres realizacji programu profilaktycznego oraz nie zmniejszania zakresu ubezpieczenia;
 - f) zabezpieczenia standardu świadczeń zdrowotnych w ramach programu na poziomie nie gorszym niż określony niniejszą ofertą (z uwzględnieniem dostępności do świadczeń zdrowotnych, zabezpieczenia sprzętu i aparatury medycznej na potrzeby realizacji programu profilaktycznego, liczby i kwalifikacji osób, które będą udzielały świadczeń zdrowotnych).

.....
podpis i pieczęć
przedstawiciela/-li oferenta
upoważnionego/-ych do reprezentowania oferenta

Załączniki:

1. Aktualny wypis z rejestru zakładów opieki zdrowotnej prowadzonego przez wojewodę, o którym mowa w art.

- 12 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej (Dz.U. Nr 91 poz. 408 z późniejszymi zmianami) lub aktualne zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich / indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich / grupowych praktyk lekarskich, o których mowa w art. 50, 50a, 50b ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz.U. z 2005r. Nr 226, poz. 1943 z późniejszymi zmianami)¹, ważne do 3 miesięcy od daty wystawienia.
2. Aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego lub zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej, potwierdzające m.in. status prawny oferenta, zakres prowadzonej przez niego działalności, organy uprawnione do reprezentacji oferenta i sposób reprezentacji oferenta, ważne do 3 miesięcy od daty wystawienia². **Jeżeli działania organów uprawnionych do reprezentacji wymagają odrębnych upoważnień – stosowne upoważnienia udzielone tym organom.**
 3. **Oświadczenie oferenta, iż osoby realizujące świadczenia w ramach programu posiadają kwalifikacje wymagane przez zamawiającego.**
 4. Polisa bądź zobowiązanie oferenta do zawarcia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, w zakresie obejmującym również odpowiedzialność cywilną z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych, w tym zakażenia wirusem HIV, na okres ich udzielania.
 5. Inne informacje, które oferent chce przedstawić (np. badania własne, dokumentacja prasowa dot. działalności oferenta, dotychczasowe osiągnięcia oferenta, rekomendacje – wg uznania oferenta).

1 w zależności od statusu prawnego oferenta

2 w zależności od statusu prawnego oferenta