



.....
pieczętka Oferenta

**FORMULARZ OFERTOWY na świadczenia zdrowotne w zakresie:
interpretacja i opis zdalny badań
Tomografii Komputerowej (TK) i Rezonansu Magnetycznego (RM)
w systemie teleradiologii na potrzeby Copernicus PL Sp. z o.o**

NAZWA OFERENTA:
ADRES:
REGON:
NIP:
TEL.....
E-MAIL:.....
Osoba do kontaktu od strony oferenta:

Osobami odpowiedzialnymi za współpracę od chwili zawarcia umowy będą:

- a) W zakresie realizacji umowy:.....,
nr telefonu.....,
Email:.....
- b) W zakresie kontaktu dla wsparcia dla obsługi technicznej i informatycznej sprzętu oraz oprogramowania służącego do przetwarzania danych bezpiecznej ich transmisji ze strony Przyjmującego zamówienie:.....,
nr telefonu,
email
- c) w zakresie wątpliwych przypadków dotyczących procedur radiologicznych, kontakt z lekarzem opisującym pod numerem telefonu....., email.....

W odpowiedzi na ogłoszony konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie: interpretacja i opis zdalny badań Tomografii Komputerowej (TK) i Rezonansu Magnetycznego (RM) w systemie teleradiologii oferujemy realizację przedmiotu konkursu:

1. W zakresie ceny badań zgodnie z poniższą tabelą:

lp.	kod badania	nazwa badania	liczba badań*	cena brutto	wartość brutto
1	5.03.00.0000088	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	320		
2	5.03.00.0000085	TK: angiografia tt. Wieńcowych u pacjentów po zabiegach koronaroplastyki lub wszczepieniu by-passów	5		
3	5.03.00.0000086	TK: wirtualna kolonoskopia u pacjentów, u których warunki anatomiczne uniemożliwiają wykonanie kolonoskopii tradycyjnej	2		



4	5.03.00.0000087	Badanie kardiologiczne TK (obejmuje badanie morfologii i czynności mięśnia sercowego - także ze wzmocnieniem kontrastowym	2		
5	5.03.00.0000025	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	520		
6	5.03.00.0000094	TK głowy ze wzmocnieniem kontrastowym	65		
7	5.03.00.0000027	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	195		
8	5.03.00.0000098	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	2		
9	5.03.00.0000070	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego	1020		
10	5.03.00.0000095	TK: innej okolicy anatomicznej ze wzmocnieniem kontrastowym	120		
11	5.03.00.0000071	TK: badanie innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	525		
12	5.03.00.0000096	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	40		
13	5.03.00.0000115	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	2		
14	5.03.00.0000097	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	80		
15	5.03.00.0000116	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych ze wzmocnieniem kontrastowym	5		
16	5.03.00.0000073	TK: badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	100		
17	5.03.00.0000117	TK: badanie trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	12		
18	5.03.00.0000099	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	15		
19	5.03.00.0000075	MR badanie głowy bez wzmocnienia kontrastowego	140		
20	5.03.00.0000078	MR badanie głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	650		
21	5.03.00.0000118	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez wzmocnienia kontrastowego	1100		
22	5.03.00.0000100	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	45		
23	5.03.00.0000120	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	5		
24	5.03.00.0000101	MR badanie dwóch odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	10		
25	5.03.00.0000121	MR badanie trzech odcinków kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	2		
26	5.03.00.0000126	MR badanie piersi	2		
27	5.03.00.0000076	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż kręgosłup bez wzmocnienia kontrastowego	615		
28	5.03.00.0000119	MR badanie jednego odcinka kręgosłupa lub kanału kręgowego bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	45		
29	5.03.00.0000079	MR badanie jednej okolicy anatomicznej innej niż odcinek kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	150		



30	5.03.00.0000102	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	15		
31	5.03.00.0000122	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez wzmocnienia kontrastowego	5		
32	5.03.00.0000103	MR badanie dwóch okolic anatomicznych innych niż dwa odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	30		
33	5.03.00.0000123	MR badanie trzech okolic anatomicznych innych niż trzy odcinki kręgosłupa bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	10		
34	5.03.00.0000105	MR badanie bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	80		
35	5.03.00.0000077	Angiografia MR bez wzmocnienia kontrastowego	15		
36	5.03.00.0000104	Angiografia ze wzmocnieniem kontrastowym - MR	135		
37	5.03.00.0000106	MR badanie czynnościowe mózgu	2		
38	5.03.00.0000081	Spektroskopia - MR	2		
39	5.03.00.0000124	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez wzmocnienia kontrastowego	2		
40	5.03.00.0000125	MR Badanie serca - czynnościowe i morfologiczne bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	10		
Ogółem:			6100		

Wartość całego zamówienia:

Brutto:.....

Słownie:.....

2. **W zakresie czasu realizacji opisu** (należy wybrać wyłącznie jedną odpowiedź wspólną dla wszystkich rodzajów badań):

- 5 dni roboczych;
- 4 dni robocze;
- 3 dni robocze;
- 2 dni robocze;
- 1 dzień roboczy.

.....
Data , czytelny podpis i pieczętka
Oferenta lub osoby upoważnionej