*Załącznik nr 1 do SWKO*

....................................... .......................................

(pieczątka Wykonawcy) ( miejscowość i data ) (miejscowość i data)

## O F E R T A

## DLA

## SPECJALISTYCZNEGO SZPITALA im. dra

## ALFREDA SOKOŁOWSKIEGO w WAŁBRZYCHU

**na podwykonawstwo w zakresie Realizacji Programu Profilaktyki Raka Piersi w Etapie Podstawowym i Pogłębionym**

1. Zarejestrowana nazwa Przedsiębiorstwa:

..........................................................................................................................................

1. Zarejestrowany adres Przedsiębiorstwa:

...........................................................................................................................................

REGON: ............................................. NIP: ....................................................

Numer telefonu ..................................... adres e-mail:…………………………………..

1. Oferujemy **realizację i obsługę Programu Profilaktyki Raka Piersi w Etapie podstawowym i etapie pogłębionym.**

**Etap Podstawowy:**

1. Ogląd zapisu mammograficznego wraz z opisem i sporządzeniem karty badania mammograficznego - **………%** wynagrodzenia jakie otrzymuje Udzielający zamówienie za dane świadczenie zgodnie z umową zawartą z NFZ

*( wycena punktowa procedury razy aktualna cena za 1 punkt określona przez NFZ dla świadczeń objętych umową)*

**Etap Pogłębiony:**

1. Porada lekarska - **……. %** wynagrodzenia jakie otrzymuje Udzielający zamówienie za daną procedurę zgodnie z umową zawartą z NFZ

*( wycena punktowa procedury razy aktualna cena za 1 punkt określona przez NFZ dla świadczeń objętych umową*

1. USG piersi + opis – **…….%**  wynagrodzenia jakie otrzymuje Udzielający zamówienie za daną procedurę zgodnie z umową zawartą z NFZ

*( wycena punktowa procedury razy aktualna cena za 1 punkt określona przez NFZ dla świadczeń objętych umową)*

1. Opis mammografii dodatkowej z podwójnym oglądem – **……..%**  wynagrodzenia jakie otrzymuje Udzielający zamówienie za daną procedurę zgodnie z umową zawartą z NFZ

*( wycena punktowa procedury razy aktualna cena za 1 punkt określona przez NFZ dla świadczeń objętych umową)*

1. Biopsja gruboigłowa - ……….% wynagrodzenia jakie otrzymuje Udzielający zamówienie za daną procedurę zgodnie z umową zawartą z NFZ. *( wycena punktowa procedury razy aktualna cena za 1 punkt określona przez NFZ dla świadczeń objętych umową)*

4. Czas trwania umowy **(okres 24 miesięcy)** od **1.07.2024 r. do 30.06.2026 r.**

1. Osoba odpowiedzialna za realizację umowy po stronie Oferenta:

Tel:..........................................; e-mail:………………………………………….

(pieczęć i podpis Wykonawcy

lub osób upoważnionych przez Wykonawcę)