KSZ/DB/5/2025

Załącznik nr 1 do SWKO - Formularz ofertowy

pieczęć nagłówkowa Oferenta

	Pakiet nr 1 - OKULISTYKA				
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA	LICZBA ŚWIADCZEŃ - 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ 24 MIESIĄCE	TERMIN REALIZACJI - NIE DŁUŻEJ NIŻ
1	Konsultacja okulistyczna lekarza specjalisty, w tym: badanie ostrości wzroku, badanie dna oka, badanie ruchomości gałek ocznych, pomiar refraksji, refraktometria, pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego (tonometria)		46		2 DNI
2	Perymetria ruchomości gałek ocznych		4		
3	Perymetria kinetyczna (jedno oko)		32		
4	Perymetria statyczna (jedno oko)		36		
5	Badanie USG (jedno oko)		38		
6	Angiografia fluoresceinowa (jedno oko)		8		
7	Pomiar kątów zeza na synoptoforze (jedno oko)		8		
8	Pomiar kątow zeza na łuku perymetru (jedno oko)		4		
9	Badanie VER		4		
10	Badanie elektrofizjologiczne narządu wzroku Flesz – VEP (jedno oko)		28		
11	Płukanie oka		4		
12	Płukanie i zgłębnikowanie drog łzowych (bez sedacji)		4		
13	Płukanie i zgłębnikowanie drog łzowych (z sedacją)		4		
14	Badanie w kierunku retinopatii u wcześniaków i niemowląt		4		
15	Badanie OCT		32		
16	Mapa pachymetryczna		4		
17	Badanie poczucia barw		12		
18	Zdjęcie dna oka (siatkówki lub tęczówki)		8		
			wartość pakietu	0,00 zł	

L.p.	Nazwa Kryterium	Tak / Nie	Liczba km od siedziby Zamawiającego do miejsca wykonywania świadczeń
1	Jakość - posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO		
2	Kompleksowość- możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania/ konsultacji wraz z opisem		
3	Odległość od siedziby Zamawiającego		
4	Dostępność - dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy		
5	Ciągłość - kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)		

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy		
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:		
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Przyjmującego Zamówienie:		
nr telefonu		
e-mail		
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/pracowni i adres):		
Dane teleadresowe do umawiania świadczeń	nr telefonu	
	e-mail	
Osoba reprezentująca Oferenta przy podpisywaniu umowy:		

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

KSZ/DB/5/2025

Załącznik nr 1 do SWKO - Formularz ofertowy

pieczęć nagłówkowa Oferenta

	Pakiet nr 2 - GINEKOLOGIA				
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA	LICZBA ŚWIADCZEŃ - 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ 24 MIESIĄCE	TERMIN REALIZACJI - NIE DŁUŻEJ NIŻ
1	Konsultacja ginekologiczna		28		2 DNI
2	Badanie USG miednicy małej i jamy brzusznej (ginekologiczne lub położnicze)		20		
3	Badanie USG głowicą przezpochwową		6		
4	Badanie USG macicy ciężarnej		4		
5	Pobranie wymazu - cytologiczne		4		
6	Pobranie wymazu - bakteriologiczne		4		
			wartość pakietu	0,00 zł	

L.p.	Nazwa Kryterium	Tak / Nie	Liczba km od siedziby Zamawiającego do miejsca wykonywania świadczeń
1	Jakość - posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO		
2	Kompleksowość- możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania/ konsultacji wraz z opisem		
3	Odległość od siedziby Zamawiającego		
4	Dostępność - dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy		
5	Ciągłość - kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)		

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy		
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:		
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Przyjmującego Zamówienie:		
nr telefonu		
e-mail		
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/pracowni/ oddziału, adres):		
Dane teleadresowe do umawiania świadczeń	nr telefonu	
	e-mail	
Osoba reprezentująca Oferenta przy podpisywaniu umowy:		

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

KSZ/DB/5/2025

Załącznik nr 1 do SWKO - Formularz ofertowy

pieczęć nagłówkowa Oferenta

	Pakiet nr 3 - ENDOSKOPIA				
L.p	NAZWA BADANIA/ŚWIADCZENIA	CENA	LICZBA ŚWIADCZEŃ - 24 MIESIĄCE	WARTOŚĆ 24 MIESIĄCE	TERMIN REALIZACJI - NIE DŁUŻEJ NIŻ
1	Endoskopowa choloangiopankreatografia wsteczna (ECPV) ze znieczuleniem - w dni robocze w godz. 8:00-15:00		26		2 DNI
2	Endoskopowa choloangiopankreatografia wsteczna(ECPV) ze znieczuleniem - w dni robocze w godz. 15:00-8:00, soboty, niedziele i święta		4		
3	Sfinkterotomia		16		
4	Protezowanie przewodów żółciowych-proteza plastikowa		8		
5	Usunięcie protezy		4		
6	Dilatacja		4		
7	Usunięcie złogów		4		
8	Pobranie materiału do badania histopatologicznego		6		
9	Badanie histopatologiczne pobranego materiału		6		
			wartość pakietu	0,00 zł	

L.p.	Nazwa Kryterium	Tak / Nie	Liczba km od siedziby Zamawiającego do miejsca wykonywania świadczeń
1	Jakość - posiadanie certyfikatu systemu zarządzania jakością ISO		
2	Kompleksowość- możliwość realizacji świadczeń opieki zdrowotnej w danym zakresie obejmującą wszystkie etapy i elementy procesu ich realizacji, w tym wykonanie badania/ konsultacji wraz z opisem		
3	Odległość od siedziby Zamawiającego		
4	Dostępność - dostęp do świadczeń 7 dni w tygodniu, w tym w dni wolne od pracy		
5	Ciągłość - kontynuacja procesu diagnostycznego lub terapeutycznego (na dzień składania oferty)		

Dot. Załącznika nr 3 do SWKO - wzór umowy		
Minimalna liczba osób udzielających świadczeń zdrowotnych objętych niniejszą umową oraz kwalifikacje personelu:		
Osoba odpowiedzialna za realizację umowy ze strony Przyjmującego Zamówienie:		
nr telefonu		
e-mail		
Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa zakładu/pracowni/oddziału i adres):		
Dane teleadresowe do umawiania świadczeń	nr telefonu	
	e-mail	
Osoba reprezentująca Oferenta przy podpisywaniu umowy:		

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta