

Płock, dnia 2 marca 2020 roku

## OGŁOSZENIE

Dyrektor

Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego

w Płocku, ul. Medyczna 19

**OGŁASZA KONKURS OFERT Nr DON.2912.4.2020**

### **NA WYKONYWANIE OPISÓW BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO, TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ W SYSTEMIE TELERADIOLOGICZNYM W TRYBIE PILNYM**

Umowa dotycząca przedmiotu konkursu ofert będzie obejmowała okres od dnia 1 kwietnia 2020 roku do 30 czerwca 2022 roku.

Szczegółowe warunki konkursu ofert i materiały informacyjne o przedmiocie konkursu ofert wraz z załącznikami (w tym obowiązujący formularz oferty) Oferenci mogą pobrać ze strony internetowej Udzielającego Zamówienia [www.wszplock.pl](http://www.wszplock.pl) lub odebrać w siedzibie Wojewódzkiego Szpitala Zespołonego w Płocku, ul. Medyczna 19, pokój nr 43, w godz. 7:30 - 14:30 za odpłatnością w wysokości 0,02 zł brutto za 1 stronę formatu A-4.

Wypełniony formularz „Oferty” w formie pisemnej razem z wymaganymi dokumentami znajdujące się w zamkniętej kopercie opatrzonej nazwą i adresem Oferenta oraz napisem:

***„Oferta na wykonywanie opisów badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym w trybie pilnym***

***( DON.2912.4.2020)***

***Nie otwierać do dnia 13.03.2020 r. do godz. 11<sup>30</sup>”.***

należy złożyć w siedzibie Udzielającego zamówienie do dnia 13.03.2020. do godz. 11<sup>00</sup> - pokój nr 43.

Oferent będzie związany ofertą przez okres 30 dni licząc od dnia jej złożenia.

Zamawiający zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz przesunięcia terminów składania ofert i rozstrzygnięcia konkursu, bez podania przyczyn.

Oferenci mogą składać skargi i protesty dotyczące konkursu ofert zgodnie z zapisami art. 152, 153 i 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. z 2019r., poz.1373).

**SZCZEGÓŁOWE WARUNKI KONKURSU OFERT**  
**Nr DON.2912.4.2020**  
**MATERIAŁY INFORMACYJNE**  
**O PRZEDMIOCIE KONKURSU OFERT**  
**z dnia 2.03.2020 roku**

**na:**

**NA WYKONYWANIE OPISÓW BADAŃ REZONANSU MAGNETYCZNEGO,  
TOMOGRAFII KOMPUTEROWEJ W SYSTEMIE TELERADIOLOGICZNYM  
W TRYBIE PILNYM**

**Termin składania ofert: 13.03.2020 r. godz. 11<sup>00</sup>.**

Podstawa prawna przeprowadzenia konkursu ofert:

- 1) ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (tekst jednolity, Dz.U. z 2018r., poz. 2190),
- 2) ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. z 2019r., poz. 1373).

***Załączniki:***

- |                        |  |
|------------------------|--|
| <b>Załącznik Nr 1</b>  | - Materiały informacyjne   |
| <b>Załącznik Nr 2</b>  | - Formularz ofertowy   |
| <b>Załącznik Nr 3</b>  | - Oświadczenie oferenta o zapoznaniu się z treścią ogłoszenia.   |
| <b>Załącznik Nr 4</b>  | - Aktualny wypis z właściwego rejestru lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej   |
| <b>Załącznik Nr 5</b>  | - Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny - opisowy.<br>Określenie warunków lokalowych.  |
| <b>Załącznik Nr 6</b>  | -Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych tj. opisu badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym. |
| <b>Załącznik Nr 7</b>  | - Oświadczenie oferenta, że posiada doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych( minimum 3 szpitale) posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy .    |
| <b>Załącznik Nr 8</b>  | Oświadczenie oferenta, że posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów z doświadczeniem powyżej 10 lat.  |
| <b>Załącznik Nr 9</b>  | -Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem.   |
| <b>Załącznik Nr 10</b> | -Wzór umowy na wykonywanie opisu badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym.   |

## **MATERIAŁY INFORMACYJNE**

### **I. Udzielający zamówienia.**

Udzielającym zamówienia jest:

Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

09-400 Płock

ul. Medyczna 19

tel. 24/36 46 100, fax 24 36 46 821, e-mail: [sekretariat@wszplock.pl](mailto:sekretariat@wszplock.pl)

### **II. Przedmiot konkursu ofert.**

1. Przedmiotem konkursu ofert jest opisywanie badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym w trybie pilnym
2. Konkursem objęte są badania ujęte w pakietach.
3. Nie dopuszcza się możliwości dzielenia danego pakietu.
4. Dopuszcza się składania ofert na pojedyncze pakiety.

### **III. Wymagania stawiane Oferentom.**

1. Udzielający Zamówienia dopuszcza złożenie oferty wyłącznie przez Oferenta mającego uprawnienia do prowadzenia działalności objętej postępowaniem i zgodnie z wpisem do odpowiedniego rejestru.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się opisywać badania rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym na stacjach diagnostycznych zgodnych z załącznikiem nr 1 (Wymagania dotyczące opisu i przeglądu obrazów rejestrowanych w postaci cyfrowej) rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. z 2017 r, poz 884)
3. Przyjmujący zamówienie dysponuje odpowiednią ilością kadry medycznej i opisy badań radiologicznych, będące przedmiotem zamówienia będą wykonywane przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje, w tym posiadający doświadczenie w opisywaniu badań pacjentów szpitalnych, stanów ostrych i nagłych, pourazowych oraz badań angio-CT (w tym angio-CT kończyn) i onkologicznych.
4. Udzielający zamówienia zastrzega prawo do odrzucenia oferty Oferentów, z którymi Udzielający zamówienia posiadał umowę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie zgodnym z przedmiotem konkursu ofert, ale realizacja umowy była nierzetelna i skutkowało to jej rozwiązaniem.

### **IV. Szczegółowe wymagania dotyczące badań diagnostycznych:**

1. Przyjmujący Zamówienie zobowiązany jest do wykonywania badań z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami

- etyki zawodowej, uwzględniając najnowsze standardy, stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu objętego przedmiotem umowy.
2. Opis badania zostanie wykonany przez Przyjmującego zamówienie na podstawie zapisu badania pacjenta przesłanego przez Udzielającego zamówienia w formie elektronicznej oraz skierowania na badanie w formie elektronicznej.
  3. Przyjmujący zamówienie zapewni nieprzerwaną, całodobową pomoc w zakresie obsługi systemu teleinformatycznego oraz zapewni nadzór techniczny i informatyczny nad poprawnym działaniem systemu.
  4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania opisu badania tomografii komputerowej: w trybie pilnym maksymalnie do 3 godzin od dostarczenia elektronicznego zapisu badania wraz ze skierowaniem przez Udzielającego zamówienia. Opisy badań angiografii tomografii komputerowej winny zawierać także wartość pomiarów liniowych zwężeń.
  5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania opisu badania rezonansu magnetycznego w trybie pilnym do 48 godzin, w przypadkach nagłych do 6 godzin od dostarczenia elektronicznego zapisu badania pacjenta przez Udzielającego zamówienia.
  6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przyjmować/opisywać badania w każdy dzień tygodnia, w tym dni wolne od pracy oraz święta przez 24godz./dobę.
  7. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do przesyłania obrazów oraz skierowań jako części badania, drogą teletransmisji w standardzie DICOM 3.0, w celu zapewnienia ich pełnej diagnostycznej jakości i umożliwienia dokonywania wszelkich rekonstrukcji wtórnych i przekształceń obrazu oraz pomiarów niezbędnych do prawidłowego opisu badania.
  8. W celu przesyłu danych obrazowych należy skonfigurować kanał VPN do bezpiecznej wymiany danych pomiędzy Udzielającym zamówienia a Przyjmującym zamówienie.
  9. Skonfigurowanie tunelu VPN odbywać się będzie we współpracy pomiędzy Udzielającym zamówienia a Przyjmującym zamówienie.
  10. Przyjmujący zamówienie zapewni dostęp Udzielającemu zamówienia do archiwalnych opisów badań w formie elektronicznej przez cały okres trwania umowy.
  11. Dokument z opisem badania, przesłany drogą elektroniczną powinien mieć możliwość skopiowania jego zawartości do systemu AMMS.(format PDF).

## **V. Sposób przygotowania oferty.**

1. Ofertę należy sporządzić na formularzu „Oferty” stanowiącym *Załącznik Nr 2* i dołączyć do niej wszystkie wymagane dokumenty, zgodnie z warunkami określonymi w niniejszych szczegółowych warunkach konkursu ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert.
2. Oferta oraz wszystkie dokumenty sporządzane przez Oferenta muszą być parafowane na każdej stronie i podpisane przez osobę lub osoby uprawnione do zaciągania zobowiązań w imieniu Oferenta zgodnie z dołączonym odpisem z właściwego rejestru potwierdzającego dane Oferenta lub osoby uprawnionej (*kserokopie dokumentów należy opatrzyć podpisem oraz pieczęcią imienną upoważnionej osoby podpisującej ofertę celem jej identyfikacji wraz z dopisem „za zgodność z oryginałem”*).

3. Zmiany lub poprawki w tekście oferty muszą być parafowane przez osobę lub osoby podpisujące ofertę.

4. Do oferty należy dołączyć następujące dokumenty:

1. Oświadczenie Oferenta sporządzone według wzoru podanego w *Załączniku Nr 3*
2. Dokumenty określające status prawny Oferenta /tj. aktualny wypis z rejestru sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej oraz aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą potwierdzający posiadanie wpisu działalności zgodnej z przedmiotem zamówienia- *Załącznik Nr 4*
3. Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny/opisowy/określenie warunków lokalowych - *Załącznik Nr 5* .
4. Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych - *Załącznik Nr 6*
5. Oświadczenie oferenta, że posiada doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych( minimum 3 szpitale) posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy- *Załącznik Nr 7*.
6. Oświadczenie oferenta, że posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów z doświadczeniem powyżej 10 lat- *Załącznik Nr 8*.
7. Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem- *Załącznik Nr 9*,
8. Ofertę wraz ze wszystkimi załącznikami należy umieścić w zamkniętej kopercie opatrzonej danymi oferenta (nazwą i adresem Oferenta) oraz napisem:

**„Oferta na wykonywanie opisów badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym w trybie pilnym ( DON.2912.4.2020) Nie otwierać do dnia 13.03.2020 r. do godz. 11<sup>30</sup>.”**

## **VI. Treść oferty.**

Oferta sporządzona na formularzu według wzoru podanego w *Załączniku Nr 2* musi zawierać:

1. Nazwę Oferenta, jego adres oraz numer telefonu, faxu i adres poczty elektronicznej.
2. Ceny poszczególnych badań.

## **VII. Miejsce i termin składania i otwarcia ofert.**

1. Ofertę wraz z wymaganymi dokumentami znajdującą się w zamkniętej kopercie należy złożyć do dnia 13.03.2020 r. do godz. 11<sup>00</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia w pokoju nr 43 – Administracja.
2. Oferta złożona po terminie zostanie zwrócona Oferentowi bez otwierania.
3. Celem dokonania zmian lub poprawek Oferent może wycofać złożoną wcześniej ofertę i złożyć nową pod warunkiem zachowania wyznaczonego terminu składania ofert.
4. Osobami upoważnionymi do kontaktów z Oferentami są:
  - w sprawach merytorycznych dotyczących opisu badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej i rentgenodiagnostyki klasycznej  
Elżbieta Ledzion-Wysocka, Halina Sadowska- tel. 24 36 46 359,

- w sprawach związanych z organizacją postępowania:  
Katarzyna Kaczorowska- tel. 24 36 46 733.
- w sprawach związanych z prawidłowym działaniem systemu informatycznego  
Łukasz Łabiszewski - tel. 24 36 46 297/ 24 36 46 327

### VIII. Kryteria oceny ofert.

1. Przy wyborze najkorzystniejszej oferty Udzielający zamówienia będzie kierował się kryterium:

Lp	Kryterium	Znaczenie procentowe/punktowe kryterium
1	Cena oferty brutto	80 %
2	Doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy.	10 %
3	Przyjmujący zamówienie posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów z minimum 10 letnim doświadczeniem w szpitalach klinicznych	10 %

2. Oferty będą oceniane w odniesieniu do najkorzystniejszych warunków przedstawionych przez Przyjmującego zamówienie w zakresie ww. kryteriów. Oznacza to, że oferta spełniająca w najwyższym stopniu wymagania określonego kryterium będzie mogła otrzymać maksymalną ilość punktów możliwych do przyznania za dane kryterium tj. 80 pkt za kryterium cena, i po 10 pkt za doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy oraz personel medyczny w postaci lekarzy radiologów z doświadczeniem powyżej 10 lat. Przyznawanie ilości punktów poszczególnym ofertom będzie się odbywać wg. następujących zasad:

#### **2.1. Zasady oceny kryterium- „cena oferty brutto”.**

Punkty w kryterium „cena oferty brutto” będą obliczane na podstawie ceny brutto wpisanej w załączniku nr 2 (formularz oferty), wg. następującej formuły:

$$C = \frac{\text{cena brutto oferty najtańszej}}{\text{cena brutto oferty ocenianej}} \times 100 \times 80\%$$

Uzyskana liczba punktów zaokrąglana będzie do drugiego miejsca po przecinku.

W przypadku złożenia jednej oferty w postępowaniu otrzyma ona maksymalną liczbę punktów w ocenianym kryterium.

**2.2. Zasady oceny kryterium „Doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy.”**

Udzielający zamówienia ofercie w której Oferent przedstawi doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych (minimum 3 szpitale) posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy.- przyzna 10 punktów.

Udzielający zamówienia ofercie w której Oferent nie przedstawi doświadczenia w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych (minimum 3 szpitale) posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy przyzna 0 punktów.

**2.3. Zasady oceny kryterium „Przyjmujący zamówienie posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów z doświadczeniem powyżej 10 lat”**

Udzielający zamówienia ofercie w której Oferent zapewni, że posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów (minimum 10) z doświadczeniem powyżej 10 lat w szpitalach klinicznych - przyzna 10 punktów.

Udzielający zamówienia ofercie w której Oferent nie zapewni, że posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów (minimum 10) z doświadczeniem powyżej 10 lat w szpitalach klinicznych, przyzna 0 punktów.

**2.4. Całkowita ocena punktowa oferty będzie wynikała z sumy punktów, jakie otrzyma oferta za poszczególne kryteria zgodnie z poniższym wzorem:**

$$W = C + P + K$$

gdzie:

W- łączna liczba punktów oferty ocenianej

C- liczba punktów uzyskanych w kryterium „Cena”

P- liczba punktów uzyskanych w kryterium „doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych (minimum 3 szpitale) posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy”

K- liczba punktów uzyskanych w kryterium „Przyjmujący zamówienie posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów (minimum 10) z doświadczeniem powyżej 10 lat”.

Jeżeli w niniejszym konkursie ofert nie będzie można dokonać wyboru oferty najkorzystniejszej ze względu na to, iż oferty będą przedstawiały taki sam bilans ceny i

innych kryteriów oceny ofert zamawiający spośród tych ofert wybierze ofertę z najniższą ceną.

Za najkorzystniejszą zostanie uznana oferta, która nie podlega odrzuceniu i uzyska najwyższą liczbę punktów spośród wszystkich złożonych ofert tj. będzie prezentowała najkorzystniejszy bilans ceny brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia i innych kryteriów oceny ofert.

#### **IX. Tryb udzielania wyjaśnień.**

1. Oferent może zwracać się do Udzielającego Zamówienia o wyjaśnienie wątpliwości związanych z treścią szczegółowych warunków konkursu ofert i materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert, sposobem przygotowania oferty, itp., kierując swoje pytania e-mailem: [k.kaczorowska@wszplock.pl](mailto:k.kaczorowska@wszplock.pl).
2. Udzielający Zamówienia niezwłocznie odpowie na zadane pytania przesyłając odpowiedź **e- mailem**, pod warunkiem, że otrzyma je najpóźniej na 3 dni robocze przed upływem terminu składania ofert.
3. Treść pytań i odpowiedzi Udzielający Zamówienia zamieści na stronie internetowej [www.wszplock.pl](http://www.wszplock.pl) bez wskazania źródła zapytania.

#### **X. Termin związania ofertą.**

Oferent pozostaje związany ofertą przez okres 30 dni.

#### **XI. Miejsce, termin i tryb otwarcia ofert.**

1. Złożone oferty zostaną otwarte publicznie (część jawna) w dniu 13.03.2020 r. o godz. 11<sup>30</sup> w siedzibie Udzielającego zamówienia: Płock, ul Medyczna 19, Sala Narad.
2. Oferenci mogą być obecni przy otwarciu ofert.
3. W trakcie części jawnej komisja konkursowa:
  - 1) stwierdzi prawidłowość ogłoszenia konkursu oraz liczbę otrzymanych ofert,
  - 2) otworzy koperty z ofertami.
4. Komisja konkursowa działa na posiedzeniach zamkniętych bez udziału oferentów, z wyjątkiem czynności, określonych w pkt 3.
5. Udzielający zamówienia niezwłocznie zawiadomi Oferentów o zakończeniu konkursu i jego wyniku faxem, na numer wskazany w ofercie. Informacja o wyniku konkursu zostanie też umieszczona na stronie internetowej Udzielającego zamówienie [www.wszplock.pl](http://www.wszplock.pl) i tablicy ogłoszeń.

#### **XII.Środki odwoławcze przysługujące Oferentom.**

Środki odwoławcze przysługujące Oferentom są określone w art. 152, art. 153 i art. 154 ust. 1 i ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. z 2019r., poz.1373).



### **XIII. Zawarcie umowy.**

1. Udzielający zamówienia zawrze umowę z Oferentem, który złożył najkorzystniejszą ofertę w terminie nie krótszym niż 7 dni od ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu ofert, z zastrzeżeniem zapisów pkt 2.
2. Jeżeli w konkursie ofert zostanie złożona tylko jedna oferta i zgodnie z art. 150 ust. 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (tekst jednolity, Dz.U. z 2019r., poz.1373 ze zm.) zostanie ona przyjęta przez Komisję konkursową, umowa z wybranym Oferentem może zostać zawarta przed upływem terminu wskazanego w pkt 1.
3. Jeżeli Oferent, który wygrał konkurs uchyli się od zawarcia umowy, Udzielający zamówienia może wybrać najkorzystniejszą spośród pozostałych ofert uznanych za ważne.

## OFERTA

## Dane Oferenta:

Imię i nazwisko lub nazwa (firma): .....

.....

Adres: .....

Nr telefonu: .....Nr faksu: .....

Adres poczty elektronicznej: .....

## PAKIET 1-TRYB PILNY - TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

L p .	Nazwa badania	Szacunkowa ilość opisów badań w miesiącu	Cena jednostkowa badania	Wartość razem brutto
1.	Opis badania tomografii komputerowej głowy (w tym angio CT), szyi, jednego odcinka tułowia (klatka piersiowa, jama brzuszna (w tym angio CT), kręgosłup szyjny lub piersiowy lub lędźwiowy , miednica (w tym angio CT) lub stawy biodrowe, zatok, piramid kości skroniowych- <b>bez kontrastu, z kontrastem (w tym dwufazowe i trójfazowe)</b>	<b>50</b>		
2.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia – kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy	<b>5</b>		
3.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia – klatka piersiowa + jama brzuszna (w tym angio CT)- <b>bez kontrastu, z kontrastem, z kontrastem i bez</b>	<b>45</b>		

	<b>kontrastu- dwufazowe, z kontrastem i bez kontrastu- trójfazowe</b>			
4.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia - miednica + jama brzuszna - <b>bez kontrastu, z kontrastem, z kontrastem i bez kontrastu-dwufazowe, z kontrastem i bez kontrastu-trójfazowe</b>	<b>45</b>		
5.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia ( klatka piersiowa+jama brzuszna+miednica)- <b>bez kontrastu i z kontrastem (w tym trójfazowe)</b>	<b>50</b>		
6.	Angio CT kończyn dolnych i górnych  (zakres skanowania od okolicy podprzeponowej/nn. nerkowych obejmujący brzuch, miednicę i kończyny dolne) w badaniu angio CT kk. dolnych)	<b>50</b>		
7.	Badanie porównawcze	<b>50</b>		
			<b>RAZEM</b>	

**PAKIET 2- TRYB PILNY- REZONANS MAGNETYCZNY**

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania</b>	<b>Szacunkowa ilość opisów badań w miesiącu w trybie pilnym i nagłym</b>	<b>Cena jednostkowa</b>	<b>Wartość razem brutto</b>
<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>				
1.	Opis badań rezonansu magnetycznego głowy, kręgosłupa- odc. szyjny, piersiowy, lędźwiowy - <b>badanie z kontrastem , badanie bez kontrastu</b>	25		
2.	Opis badań rezonansu magnetycznego stawów, jamy brzusznej - <b>badanie bez kontrastu, badanie bez i z kontrastem</b>	5		
3	Opis badań rezonansu magnetycznego - angiografia /tętnic szyjnych, naczyń mózgowych, naczyń j. brzusznej, tętnic biodrowych, tętnic płucnych – <b>badanie bez kontrastu, badanie bez i z kontrastem</b>	10		
<b>RAZEM</b>				

Dokumenty załączone do oferty (zaznaczyć właściwe znakiem x):

- Oświadczenie Oferenta sporządzone według wzoru podanego w *Załączniku Nr 3*
- Dokumenty określające status prawny Oferenta /tj. aktualny wypis z rejestru sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej oraz aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą potwierdzający posiadanie wpisu działalności zgodnej z przedmiotem zamówienia- *Załącznik Nr 4*
- Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny/opisowy/określenie warunków lokalowych - *Załącznik Nr 5*.
- Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych - *Załącznik Nr 6*
- Oświadczenie oferenta,, że posiada doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych (minimum 3 szpitale) posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy- *Załącznik Nr 7*.
- Oświadczenie oferenta, że posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów (minimum 3) z doświadczeniem powyżej 10 lat - *Załącznik Nr 8*
- Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem- *Załącznik Nr 9*,
- Inne (wymienić).....

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęćka*

*upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

**OŚWIADCZENIE**

**Dane Oferenta:**

Imię i nazwisko lub nazwa (firma).....

Adres: .....

Nr telefonu: .....Nr faksu:.....

Adres poczty elektronicznej: .....

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie.
2. Oświadczam, że zapoznałem się ze Szczegółowymi warunkami konkursu ofert i materiałami informacyjnymi o przedmiocie konkursu ofert i akceptuję je bez żadnych zastrzeżeń.
3. Oświadczam, że spełniam wszystkie warunki określone w Szczegółowych warunkach konkursu ofert i w materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert.
4. Oświadczam, że uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
5. Oświadczam, że akceptuję załączony wzór umowy i w razie wyboru mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienie i na warunkach określonych w Szczegółowych warunkach konkursu ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert oraz w mojej ofercie.
6. Oświadczam, że wszystkie załączone kopie dokumentów są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.

*miejsce i data*

*podpis i pieczęć  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

**Załącznik Nr 4-** Aktualny wypis z Rejestru Sądowego lub aktualny wypis z Centralnej Ewidencji Działalności Gospodarczej oraz aktualny odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą potwierdzający posiadanie wpisu działalności zgodnej z przedmiotem zamówienia

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęćka  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

***Załącznik Nr 5- Określenie wyposażenia w sprzęt diagnostyczny - opisowy.  
Określenie warunków lokalowych***

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęćka  
upoważnionego przedstawiciela Oferenta*



**Załącznik Nr 6-**

*Wskazanie liczby i kwalifikacji zawodowych osób udzielających określonych świadczeń zdrowotnych tj. opisu badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym.*

*Miejscowość i data*

*Podpis i pieczęć*

*upoważnionego przedstawiciela Oferenta*

**Załącznik Nr 7-**

*Oświadczenie oferenta,, że posiada doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych (minimum 3 szpitale) posiadających Szpitalny Oddział Ratunkowy*

**Załącznik nr 8**

*Oświadczenie oferenta, że posiada personel medyczny w postaci lekarzy radiologów  
(minimum 10) z doświadczeniem powyżej 10 lat*

***Załącznik nr 9***

*Kopia polisy ubezpieczenia OC Oferenta w zakresie działalności objętej konkursem*

*Załącznik nr 10- wzór umowy*

**U M O W A Nr DON.29121. .2020**

zawarta w dniu ..... 2020 r.

pomiędzy :

**WOJEWÓDZKIM SZPITALEM ZESPOLONYM W PŁOCKU**

09-400 Płock, ul. Medyczna 19 zarejestrowanym w Krajowym Rejestrze Sądowym w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w Warszawie, XIV Wydział Gospodarczy pod numerem pod nr 0000035461, NIP 774-24-11-908, REGON 000650070

reprezentowanym przez :

**Stanisława Kwiatkowskiego – DYREKTORA**

zwanym w dalszej części umowy **Udzielającym zamówienia,**

a

....., ul. .... zarejestrowaną/zarejestrowanym w  
..... pod nr , .....  
NIP ....., REGON .....

reprezentowanym przez:

.....-

zwaną w dalszej części umowy **Przyjmującym zamówienie.**

**§ 1.**

1. Udzielający zamówienia zleca a Przyjmujący zamówienie przyjmuje wykonywanie opisu badań rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym w trybie pilnym na podstawie zapisu badania pacjenta przesłanego przez Udzielającego zamówienia w formie elektronicznej oraz skierowania na badanie w formie elektronicznej.
2. Podstawą do wykonania opisu badania przez Przyjmującego zamówienie będzie przesłanie przez Udzielającego zamówienia skierowania na badanie w formie elektronicznej. Skierowanie dodane zostanie do zawartego badania w formacie DICOM.
3. W przypadku przesłania niekompletnego badania lub braku skierowania, Przyjmujący zamówienie niezwłocznie poinformuje o tym Udzielającego zamówienia w celu usunięcia braków w jak najkrótszym czasie i umożliwienie jego opisanie. Do czasu uzupełnienia braków przez Udzielającego zamówienia, Przyjmujący zamówienie nie bierze na siebie odpowiedzialności za wszelkie konsekwencje związane z brakiem możliwości należytego wykonania przedmiotu umowy.
4. Udzielający zamówienia zobowiązuje się do przesyłania obrazów oraz skierowań jako części badania, drogą teletransmisji w standardzie DICOM 3.0, w celu zapewnienia ich pełnej diagnostycznej jakości i umożliwienia dokonywania wszelkich rekonstrukcji wtórnych i przekształceń obrazu oraz pomiarów niezbędnych do prawidłowego opisu badania.
5. Przyjmujący zamówienie zapewni Udzielającemu zamówienia przesyłanie danych obrazowych na sprężenie Udzielającego zamówienia.

W celu przesyłania danych obrazowych należy skonfigurować kanał VPN do bezpiecznej wymiany danych pomiędzy Udzielającym zamówienia a Przyjmującym zamówienie. Skonfigurowanie tunelu VPN odbędzie się we współpracy pomiędzy Udzielającym zamówienia a Przyjmującym zamówienie.

6. Przyjmujący zamówienie zapewni dostęp Udzielającemu zamówienia do archiwalnych opisów badań w formie elektronicznej przez cały okres trwania umowy.
7. Dokument z opisem badania, przesłany drogą elektroniczną powinien mieć możliwość skopiowania jego zawartości do systemu AMMS.(format PDF).
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się opisywać badania rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej w systemie teleradiologicznym na stacjach diagnostycznych zgodnych z załącznikiem nr 1 (Wymagania dotyczące opisu i przeglądu obrazów rejestrowanych w postaci cyfrowej) rozporządzeniem ministra zdrowia z dnia 18 lutego 2011 roku w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (Dz.U. z 2017 r, poz 884).
9. Przyjmujący zamówienie posiada doświadczenie w opisywaniu badań w systemie teleradiologicznym dla podmiotów leczniczych.

## § 2.

1. Szczegółowy wykaz badań radiologicznych wraz z ceną jednostkową opisu tego badania określa *Załącznik Nr 1* do niniejszej umowy.
2. Udzielający zamówienie zastrzega sobie zlecenie opisów badań objętych niniejszą umową w zależności od konieczności ich wykonania na potrzeby leczonych pacjentów i zawarta umowa nie określa ich liczby lecz jedynie wielkość szacunkową. Wykonanie opisów badań ponad wielkość szacunkową jak i ich zlecenie w mniejszej niż szacunkowa ilości nie rodzi żadnych roszczeń ze strony Przyjmującego zamówienie. Udzielający zamówienia zapłaci Przyjmującemu zamówienie wynagrodzenie za faktycznie zleczone i wykonane badania.
3. Wzór formularza dotyczący wyniku i opisu badania stanowi *Załącznik Nr 2* do umowy.

## § 3.

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania opisu badania tomografii komputerowej w trybie pilnym maksymalnie do 3 godzin od dostarczenia elektronicznego zapisu badania wraz ze skierowaniem przez Udzielającego zamówienia. Opisy badań angiografii tomografii komputerowej winny zawierać także wartość pomiarów liniowych zwężeń.  
Opisy badań na życzenie zlecającego winny zawierać opisy porównawcze .
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do wykonania opisu badania rezonansu magnetycznego w trybie pilnym do 48 godzin, w przypadkach nagłych do 6 godzin od dostarczenia elektronicznego zapisu badania pacjenta przez Udzielającego zamówienia.
3. Przyjmujący zamówienie na wniosek lekarzy Udzielającego zamówienia zobowiązuje się do udzielenia konsultacji telefonicznej pod nr telefonu ..... dotyczącej wykonanych opisów badań w sytuacjach wątpliwych lub trudnych diagnostycznie.

4. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się przyjmować/opisywać badania w każdy dzień tygodnia, w tym dni wolne od pracy oraz święta przez 24godz./dobę.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do dostarczania w zamkniętej kopercie Udzielającemu Zamówienia oryginałów opisów badań, opatrzonych podpisem i pieczęcią lekarza wykonującego opis 2 razy w miesiącu w dniu ustalonym przez strony umowy.
6. Osobami odpowiedzialnymi za kontakty w sprawach dotyczących wykonania umowy są:
  - Po stronie Przyjmującego zamówienie
    - koordynator ds. medycznych odpowiedzialny za nadzór merytoryczny nad procedurą medyczną: .....
    - koordynator ds. technicznych odpowiedzialny za prawidłowe działanie systemu informatycznego: .....
  - Po stronie udzielającego zamówienia
    - koordynator ds. medycznych odpowiedzialny za nadzór merytoryczny nad procedurą medyczną: Elżbieta Ledzion- Wysocka, Halina Sadowska tel. 24 36 46 359.
    - koordynator ds. technicznych odpowiedzialny za prawidłowe działanie systemu informatycznego: Łukasz Łabiszewski tel. 24 36 46 327 oraz 24 36 46 297

#### § 4.

Przyjmujący zamówienie gwarantuje stałość cen według *Załącznika Nr 1* przez okres obowiązywania niniejszej umowy.

#### § 5.

1. Podstawą do dokonania rozliczenia za wykonane badania będzie faktura. Zapłata obejmować będzie faktycznie wykonane badania.
2. Za wykonane badania Przyjmujący Zamówienie będzie wystawiał faktury do 7-go dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni.
3. Przyjmujący Zamówienie będzie przysyłał szczegółowe zestawienie ilościowe i wartościowe zgodnie z *Załącznikiem Nr 5* oraz zestawienie z rodzaju i ilości badań wykonanych zgodnie z *Załącznikiem Nr 4* do umowy, w formie dokumentu MS EXCELL od wersji 2003 drogą elektroniczną na adres e-mail wskazany przez Udzielającego Zamówienia: [k.kaczorowska@wszplock.pl](mailto:k.kaczorowska@wszplock.pl), [zdo@wszplock.pl](mailto:zdo@wszplock.pl). Dokument musi być zabezpieczony hasłem chroniącym przed otwarciem oraz edycją (hasła muszą się różnić).
4. Okresem rozliczeniowym za wykonane badania jest okres jednego miesiąca.
5. Należność z tytułu wykonanych badań regulowana będzie przez Udzielającego Zamówienia w terminie 60 dni od daty otrzymania faktury wraz z wymaganymi załącznikami. Płatność będzie dokonywana przelewem na rachunek bankowy wskazany przez Przyjmującego Zamówienie na fakturze. W przypadku niezgodności faktury z zapisami umowy, błędnego obciążenia, błędów formalnych lub rachunkowych, termin płatności faktury ulega przesunięciu i jest określony na 60 dni od daty otrzymania prawidłowej faktury korygującej lub usunięcia niezgodności pomiędzy fakturą a umową.
6. Termin zapłaty uważa się za zachowany w dniu zarejestrowania przelewu na konto bankowe Przyjmującego zamówienie.

7. Przyjmujący Zamówienie nie może przenieść należnych mu wierzytelności na osoby trzecie.

## § 6.

1. W razie wystąpienia zwłoki w wykonaniu opisów badań z winy Przyjmującego zamówienie, Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapłaty na rzecz Udzielającego zamówienia kary umownej w wysokości 5% wartości nieterminowo wykonanych badań za każdy dzień zwłoki w dostarczeniu opisu ponad termin określony w §3 ust. 1, 2.
2. W przypadku naliczenia kar umownych Udzielający zamówienia ma prawo dokonać ich potrącenia z wynagrodzenia umownego Przyjmującego zamówienie.
3. Strony zastrzegają sobie prawo do odszkodowania uzupełniającego, przekraczającego wysokość kar umownych do wysokości rzeczywiście poniesionej szkody.

## § 7.

1. Opisy badań radiologicznych, będących przedmiotem umowy będą wykonywane przez personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje, w tym posiadający doświadczenie w opisywaniu badań pacjentów szpitalnych, stanów ostrych i nagłych, pourazowych oraz badań angio-CT (w tym angio-CT kończyn) i onkologicznych.
2. Wykaz lekarzy radiologów opisujących badania stanowi *Załącznik Nr 3* do umowy. W przypadku zmiany jego treści, Przyjmujący zamówienie prześle niezwłocznie jego aktualizację. Zmiana treści *Załącznika Nr 3* do umowy nie powoduje konieczności aneksowania umowy.
3. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że dysponuje wystarczającą ilością lekarzy do realizacji umowy.
4. Przyjmujący Zamówienie na wniosek Udzielającego zamówienia, zobowiązuje się do dostarczenia harmonogramu pracy personelu medycznego udzielającego świadczeń określonych w § 1 ust. 1.
5. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada uprawnienia do wykonywania opisu badań i dysponuje sprzętem umożliwiającym ich wykonanie oraz spełnia wymogi dotyczące ich wykonywania określone w obowiązujących w tym zakresie przepisach.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do wykonania badań z zachowaniem należytej staranności, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, z zasadami etyki zawodowej, uwzględniając najnowsze standardy, stosowane przy realizowaniu świadczeń z zakresu objętego przedmiotem umowy.
7. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo do rezygnacji z usług pojedynczych lekarzy wykonujących opisy badań (z dostarczonego wykazu) w przypadku powtarzających się uzasadnionych skarg ze strony odbiorców na jakość i fachowość wykonanych opisów.

## § 8.

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się akceptować prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzania kontroli w zakresie wynikającym z niniejszej umowy, na



zasadach określonych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do umieszczania informacji o niniejszej umowie oraz wszelkich zmian jej dotyczących, w tym także dat jej obowiązywania, w Systemie Zarządzania Obiegiem Informacji (tzw. SZOI) na portalu NFZ w zakładce umowy /promesy o podwykonawstwo niezwłocznie po podpisaniu umowy.
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli przez osobę wyznaczoną przez Udzielającego zamówienia w zakresie należytego wykonywania i rozliczania usług objętych umową.
4. Istotne braki w tym zakresie (brak procedury badawczej, brak kontroli zewnętrznej) mogą skutkować natychmiastowym rozwiązaniem umowy.

### § 9.

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia sprawozdawczości statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych będących/niebędących przedsiębiorcami, zgodnie z powszechnie obowiązującymi przepisami prawa.

### § 10.

Przyjmujący zamówienie odpowiada solidarnie z Udzielającym zamówienia za wszelkie szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zakresem niniejszej umowy.

### § 11.

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada wymagane prawem ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej z tytułu świadczonych usług opłacone zgodnie z obowiązującymi przepisami.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do utrzymywania ważnego ubezpieczenia i nie zmniejszania jego zakresu oraz sumy przez cały okres obowiązywania umowy.
3. Kopia Polisy stanowi *Załącznik Nr 6* do niniejszej umowy.
4. W przypadku, gdy umowa ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej ulegnie rozwiązaniu w trakcie obowiązywania umowy, Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dostarczyć Udzielającemu zamówienia kopię nowej polisy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej lub innego dokumentu potwierdzającego zawarcie umowy ubezpieczenia na następny okres, najpóźniej w ostatnim dniu obowiązywania poprzedniej.

### § 12.

1. Z chwilą przekazania danych zawartych na skierowaniu Przyjmujący zamówienie staje się administratorem tych danych i przetwarza je na podstawie art. 4 ust.7 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przetwarzania danych w tym szczególnie chronionych w sposób zapewniający poufność i tajemnicę tych danych.
3. Inspektorem Ochrony Danych po stronie Przyjmującego zamówienie jest: imię i nazwisko.....email:.....tel:.....

### **§ 13.**

1. Umowa zostaje zawarta na okres od dnia .....2020 roku do dnia 30 czerwca 2022 roku i ulega rozwiązaniu z upływem okresu, na jaki została zawarta.
2. Strony mogą rozwiązać niniejszą umowę z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia.
3. Udzielający zamówienia może rozwiązać umowę bez zachowania okresu wypowiedzenia w przypadku, gdy:
  - 1) Przyjmujący zamówienie nie przestrzega ustalonych terminów wykonywania opisów badań, chyba że niedotrzymanie ustalonych terminów jest wynikiem działania siły wyższej lub nastąpiło nie z winy Przyjmującego zamówienie;
  - 2) Przyjmujący zamówienie utraci uprawnienia niezbędne do wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie objętym niniejszą umową;
  - 3) Świadczenia zdrowotne udzielane są w imieniu Przyjmującego zamówienie przez osoby nieposiadające wymaganego wykształcenia lub doświadczenia;
  - 4) Kontrola NFZ wykazała nieprawidłowości w udzielaniu świadczeń zdrowotnych przez Przyjmującego zamówienie;
  - 5) Przyjmujący zamówienie nie zachowuje wymagań z § 1 i § 3;
  - 6) Naruszenia przez Przyjmującego zamówienie gwarancji stałości ceny w okresie, o którym mowa w § 4 umowy;
  - 7) Błędów merytorycznych w opisach badań.
4. Przyjmujący zamówienie może rozwiązać umowę w przypadku, gdy Udzielający zamówienia opóźnia się z zapłatą należnego wynagrodzenia przez co najmniej dwa pełne okresy płatności, po uprzednim wezwaniu do zapłaty z terminem 30 dniowym.

### **§ 14.**

Strony zgadzają się rozwiązywać wszelkie spory wynikłe podczas wykonywania umowy polubownie, a jeżeli to nie przyniesie rozwiązania spory rozstrzygać będzie sąd powszechny miejscowo właściwy dla Udzielającego zamówienia.

### **§ 15.**

Umowę niniejszą sporządzono w 2 jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym egzemplarzu dla każdej ze stron.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE**

**UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA**

## SZCZEGÓŁOWY WYKAZ BADAŃ RADIOLOGICZNYCH

## PAKIET 1-TRYB PILNY - TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA

L p .	Nazwa badania	Szacunkowa ilość opisów badań w miesiącu	Cena jednostkowa badania	Wartość razem brutto
1.	Opis badania tomografii komputerowej głowy (w tym angio CT), szyi, jednego odcinka tułowia (klatka piersiowa, jama brzuszna (w tym angio CT), kręgosłup szyjny lub piersiowy lub lędźwiowy , miednica (w tym angio CT) lub stawy biodrowe, zatok, piramid kości skroniowych- <b>bez kontrastu, z kontrastem (w tym dwufazowe i trójfazowe)</b>	50		
2.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia – kręgosłup szyjny, piersiowy, lędźwiowy	5		
3.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia – klatka piersiowa + jama brzuszna (w tym angio CT)- <b>bez kontrastu, z kontrastem, z kontrastem i bez kontrastu- dwufazowe, z kontrastem i bez kontrastu- trójfazowe</b>	45		
4.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia - miednica + jama brzuszna - <b>bez kontrastu, z kontrastem, z kontrastem</b>	45		

	<b>i bez kontrastu-dwufazowe, z kontrastem i bez kontrastu-trójfazowe</b>			
5.	Opis badania tomografii komputerowej więcej niż jednego odcinka tułowia ( klatka piersiowa+jama brzuszna+miednica)-  <b>bez kontrastu i z kontrastem  (w tym trójfazowe)</b>	<b>50</b>		
6.	Angio CT kończyn dolnych i górnych  (zakres skanowania od okolicy podprzeponowej/nn. nerkowych obejmujący brzuch, miednicę i kończyny dolne) w badaniu angio CT kk. dolnych)	<b>50</b>		
7.	Badanie porównawcze	<b>50</b>		
<b>RAZEM</b>				

## PAKIET 2- TRYB PILNY- REZONANS MAGNETYCZNY

Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa ilość opisów badań w miesiącu w trybie pilnym i nagłym	Cena jednostkowa	Wartość razem brutto
<b>REZONANS MAGNETYCZNY</b>				
1.	Opis badań rezonansu magnetycznego głowy, kręgosłupa- odc. szyjny, piersiowy, lędźwiowy - <b>badanie z kontrastem , badanie bez kontrastu</b>	25		
2.	Opis badań rezonansu			

	magnetycznego stawów, jamy brzusznej - <b>badanie bez kontrastu, badanie bez i z kontrastem</b>	5		
3	Opis badań rezonansu magnetycznego - angiografia /tętnic szyjnych, naczyń mózgowych, naczyń j. brzusznej, tętnic biodrowych, tętnic płucnych – <b>badanie bez kontrastu, badanie bez i z kontrastem</b>	10		
<b>RAZEM</b>				

Wojewódzki Szpital Zespolony w Płocku

ul. Medyczna 19, 09-400 Płock

tel.: 24 36 46 243

## WYNIK BADANIA

### Dane Pacjenta

Imię
Nazwisko
PESEL
Adres

### Dane Badania

Nr badania
Rodzaj
Wykonanie
Zlecniodawca
Data badania

### Personel Uczestniczący:

1.
2.
3.

## OPIS BADANIA

**Lekarz**

**Opisujący/konsultujący:**

**Lista lekarzy radiologów opisujących badania  
rezonansu magnetycznego, tomografii komputerowej  
w systemie teleradiologicznym**

<b>Lp</b>	<b>Nazwisko i Imię</b>	<b>Pesel</b>	<b>Nr prawa wykonywania zawodu</b>	<b>Specjalizacja</b>
<b>1</b>				
<b>2</b>				
<b>3</b>				
<b>4</b>				
<b>5</b>				
<b>6</b>				
<b>7</b>				
<b>8</b>				
<b>9</b>				
<b>10</b>				
<b>11</b>				
<b>12</b>				





*Załącznik Nr 6 do umowy*

**Polisa OC Przyjmującego zamówienie**