

Świętochłowice, dn.10.10.2014

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Świętochłowicach
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ogłasza konkurs
na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

1. Przedmiotem zamówienia jest udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania RTG w Zespole Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością**
2. Umowa zostanie zawarta na czas od 01 stycznia 2015 roku do 31 grudnia 2015 roku
3. Ze szczegółowymi warunkami konkursu można się zapoznać w Dziale Organizacyjno – Prawnym – Biurze Zarządu Udzielającego Zamówienie lub na stronie internetowej w zakładce „ogłoszenia”.
4. Miejsce składania ofert: Sekretariat siedziby udzielającego zamówienie.
5. Termin składania ofert: 17.11.2014 r. godzina 15.00
6. Termin otwarcia ofert 19.11.2014 r.
7. Termin rozstrzygnięcia konkursu 19.11.2014 r.
8. Miejsce ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: strona internetowa Udzielającego Zamówienie: www.zoz.net.pl
9. Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 19.11.2014 r.
10. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odwołania konkursu oraz do przesunięcia terminu składania ofert.

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach Sp. z o.o.

REGULAMIN KONKURSU OFERT

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań RTG

I. Informacje ogólne

1. Konkurs ofert przeprowadzony jest na zasadach przewidzianych przez przepisy ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t.j. Dz. U. z 2013 poz.217) oraz przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. W sprawach nieuregulowanych w niniejszym Regulaminie zastosowanie mają przepisy wskazane w pkt.1.

II. Definicje

Ilekoć w Regulaminie oraz załącznikach do niego jest mowa o:

- a) **Udzielającym Zamówienie** – rozumie się przez to Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością,
- b) **przedmiocie konkursu ofert** – rozumie się przez to wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań RTG.
- c) **formularzu oferty** – rozumie się przez to obowiązujący formularz oferty przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 1** do niniejszego Regulaminu,
- d) **oświadczeniu o danych identyfikacyjnych oferenta** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 2** do niniejszego Regulaminu,
- e) **oświadczeniu o zobowiązaniu dostarczenia polisy OC** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 3** do niniejszego Regulaminu,
- f) **oświadczeniu o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń** - rozumie się przez to obowiązujący formularz oświadczenia przygotowany przez Udzielającego Zamówienie, stanowiący **Załącznik nr 4** do niniejszego Regulaminu,
- g) oświadczenie o zobowiązaniu do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych, stanowiące **Załącznik nr 5**
- h) **umowie** – rozumie się przez to umowę zgodną ze wzorem opracowanym przez Udzielającego Zamówienie stanowiące **Załącznik nr 6** do niniejszego Regulaminu,
- i) formularzu cenowym – rozumie się przez to obowiązujący formularz cenowy przygotowany przez udzielającego Zamówienie, stanowiący **załącznik nr 7** do niniejszego Regulaminu
- j) **Oferencie** – uprawnione do składania ofert podmioty bądź osoby, wymienione w art. 26 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej.

III. Opis przedmiotu zamówienia

Przedmiotem postępowania konkursowego (zamówienia) jest wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań RTG

Dokładny opis przedmiotu zamówienia został zawarty w: Załączniku nr 6- wzór umowy oraz w załączniku nr 7 – formularz cenowy. Ilość badań uzależniona jest od ilości pacjentów i ich

dolegliwości. Udzielający zamówienia będzie składał w ciągu trwania umowy zamówienia wg rzeczywistych potrzeb.

IV Wymagany termin realizacji

01.01.2015 r. – 31.12.2015r.

V Wymagania od oferentów

Oferty mogą składać podmioty bądź osoby, wymienione w art. 26 ust. 1, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej spełniające wymagania:

- oferenci winni dysponować kadrą medyczną, wyposażeniem w aparaturę medyczną i sprzęt oraz materiałami gwarantującymi świadczenia medyczne na najwyższym możliwym do osiągnięcia poziomie, nie niższym od obowiązujących w danym czasie standardów;
- świadczenia powinny być wykonywane w lokalach oferenta spełniających wymogi sanitarne i p/poż., w których będą zagwarantowane odpowiednie warunki rejestracji pacjentów, czasu oczekiwania i świadczeń medycznych;
- oferenci podlegają obowiązkowi ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone przy udzielaniu świadczeń.

VI Termin związania ofertą

Termin związania ofertą – 30 dni od upływu terminu składania ofert

VII Zawartość oferty

Oferta musi zawierać

- a) wypełniony formularz ofertowy – załącznik nr 1,
- b) oświadczenie o danych identyfikacyjnych oferenta – załącznik nr 2,
- c) kopię aktualnej polisy OC lub oświadczenie – załącznik nr 3,
- d) oświadczenie o zapoznaniu się z warunkami konkursu, projektem umowy i przyjęciu ich bez zastrzeżeń - załącznik nr 4,
- e) oświadczenie o zobowiązaniu się do nie zawierania odrębnych umów z NFZ o udzielanie świadczeń zdrowotnych – załącznik nr 5,
- f) zaakceptowany - załącznik nr 6,
- g) wypełniony formularz cenowy – załącznik nr 7
- h) oświadczenie oferenta o posiadaniu właściwych uprawnień, aparatury i sprzętu medycznego oraz personelu niezbędnych do realizacji zamówienia, które powinno być wykonywane terminowo zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.

VIII Informacje dotyczące warunków składania ofert

1. Każdy oferent może złożyć tylko jedną ofertę.
2. Dopuszcza się składanie ofert na wybrane badania realizowane przez oferenta.
3. Oferent ponosi wszystkie koszty związane z przygotowaniem i złożeniem oferty.
4. Wszelkie poprawki w tekście oferty muszą być datowane i parafowane własnoręcznie przez osobę uprawnioną / osoby uprawnione do reprezentowania oferenta.
5. Załączniki do oferty stanowią jej integralną część.
6. Ofertę należy złożyć w zamkniętej kopercie uniemożliwiającej jej przypadkowe otwarcie.

- **opis koperty:**

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach
spółka z ograniczoną odpowiedzialnością
ul. Chorzowska 38
41 – 605 Świętochłowice

oferta – konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań RTG

data

nazwa i adres oferenta

IX Miejsce i termin składania ofert:

1. Oferty należy składać w sekretariacie siedziby udzielającego zamówienie do dnia 17.11.2014 r. do godziny 15.00
2. Oferty złożone po terminie zostaną zwrócone bez rozpatrywania.

X Miejsce i termin rozstrzygnięcia konkursu:

Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38.

Termin rozstrzygnięcia konkursu: 19.11.2014 r.

XI Miejsce i termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu:

- strona internetowa Zespołu Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach sp. z o. o. (www.zoz.net.pl);
- tablica ogłoszeń udzielającego zamówienia.

Termin ogłoszenia o rozstrzygnięciu konkursu: 19.11.2014 r.

XII Kryteria oceny ofert:

1. Kryterium oceny ofert – cena 100%
2. Celem konkursu jest wybór najkorzystniejszej oferty złożonej przez Oferenta, który zaproponuje najniższą cenę oraz spełni wszystkie warunki wymagane określone w pkt V.
3. Cena musi być podana w polskich złotych cyfrowo i słownie do drugiego miejsca po przecinku.

XIII Skargi i protesty

Oferentowi przysługują środki odwoławcze i skarga zgodnie z art. 152, art. 153, art. 154 ust. 1 i 2 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.) w związku z art. 26 ust. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (t. j. Dz. U. z 2013, poz.217).

XIV Dodatkowe informacje

1. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do zmiany terminu składania ofert, rozstrzygnięcia oraz ogłoszenia o rozstrzygnięciu.
2. Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do unieważnienia niniejszego postępowania.

**FORMULARZ OFERTOWY
W KONKURSIE NA UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

Niniejsza oferta jest składana w odpowiedzi na konkurs ofert na udzielenie świadczeń zdrowotnych ogłoszony w dniu 2014 roku przez Zespół Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisany do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290.

1. Podstawa prawna:
 - Ustawa z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej (Dz.U. z 2013, poz. 217)
 - Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r. nr 164 poz. 1027 z późn. zm.)
2. Data złożenia oferty:2014 roku.

| Dane oferenta | |
|---------------|--|
| | <p>Nazwa i siedziba podmiotu / imię i nazwisko osoby legitymującej się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Adres:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Numer wpisu do właściwego rejestru:.....</p> <p>Organ dokonujący wpisu do rejestru:.....</p> |

Oferta jest składana na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie / zakresach:

.....

.....

| Podpis i pieczęć oferenta | |
|---------------------------|--|
| | |

OŚWIADCZENIE O DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH OFERENTA

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

NIP REGON

Tel. kontaktowy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- podmiotem leczniczym, wpisanym do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod numerem
- Nie dotyczy

Oświadczam, że jako oferent jestem wpisany do*:

- Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- Nie dotyczy

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

* wypełnić właściwie

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko / Nazwa podmiotu.....

.....

Adres.....

Oświadczam, że kopia aktualnej polisy / polis OC w zakresie wymaganym przez prawo w związku z przedmiotem konkursu zostanie dostarczona przeze mnie do 7 dni od daty podpisania umowy.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z pełną starannością zapoznałam / em się z warunkami konkursu, zdobyłam / em konieczne informacje do przygotowania oferty i nie wnoszę żadnych uwag oraz podpisze umowę na warunkach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik numer 5.

Data.....

.....

podpis / pieczęć oferenta

OŚWIADCZENIE

Imię i nazwisko/Nazwa prowadzonej działalności

.....

Adres

Oświadczam, iż w ramach prowadzonej przeze mnie działalności gospodarczej nie mam zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszym postępowaniu oraz iż, w przypadku zawarcia umowy określonej w załączniku nr 7 nie zawrę odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

Data.....

.....

Podpis/pieczęć oferenta

Podstawa prawna: art.132 ust. 3 oraz art. 133 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2008 r., nr 164, poz. 1027 – t. j. z późn.zm)

- WZÓR UMOWY -
UMOWA/ORG/P/....

O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
Zawarta dnia roku w Świętochłowicach, pomiędzy:

Zespołem Opieki Zdrowotnej w Świętochłowicach spółka z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Świętochłowicach (kod: 41 – 605), przy ulicy Chorzowskiej nr 38, wpisanym do Krajowego Rejestru Sądowego w Sądzie Rejonowym Katowice – Wschód w Katowicach, Wydział VIII Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, nr KRS: 0000426290, Nr NIP: 627-16-69-770, REGON: 000311450

reprezentowanym przez:

Prezesa Zarządu: Dariusza Skłodowskiego

Wiceprezesa Zarządu: Ilonę Tkocz – Furman

zwanego w dalszej części umowy: **Udzielającym Zamówienia.**

a

.....
z siedzibą w kod (-), przy ulicy.....

wpisanym doprowadzonym przez

pod numerem:

reprezentowanym przez:

.....

zwanego w dalszej części umowy: **Przyjmującym Zamówienie.**

§ 1

1. Przedmiotem umowy jest udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie **badań RTG.**

§ 2

1. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada właściwe uprawnienia, specjalistyczny sprzęt oraz wykwalifikowany personel niezbędny do realizacji świadczeń określonych w §1 oraz, że badania RTG wykonywane będą zgodnie z obowiązującymi normami i zasadami sztuki lekarskiej.
2. Przyjmujący Zamówienie oświadcza, że posiada ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej obejmujące swoim zakresem świadczenia wykonywane na podstawie niniejszej umowy, które zobowiązuje się udokumentować w terminie 7 dni od daty podpisania umowy pod rygorem rozwiązania umowy bez wypowiedzenia.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania niniejszej umowy. W przypadku, gdy Przyjmujący Zamówienie nie wywiąże się z obowiązku ciągłego utrzymywania ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej przez cały okres trwania umowy nastąpi jej rozwiązanie bez wypowiedzenia.
4. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do poddania kontroli właściwego oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie wynikającym z umowy na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

5. Przyjmujący Zamówienie gwarantuje prowadzenie dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.
6. Przyjmujący Zamówienie oświadcza iż, w ramach prowadzonej działalności gospodarczej nie ma zawartej umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia o udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie ujętym w niniejszej umowie oraz, iż nie zawrze odrębnej umowy o udzielenie świadczeń zdrowotnych z Narodowym Funduszem Zdrowia.

§3

Świadczenia będące przedmiotem umowy będą udzielane przez fachowy personel medyczny w liczbie nie mniejszej niż.....osób.

§4

Strony ustalają następujące zasady udzielania świadczeń zdrowotnych:

1. Podstawa udzielania świadczeń zdrowotnych określonych w §1 jest indywidualne skierowanie wystawione przez lekarzy zatrudnionych w siedzibie Udzielającego Zamówienie bez względu na formę zatrudnienia.
2. Skierowanie powinno zawierać dane zgodne z obowiązującymi przepisami prawa.
3. Świadczenia, o których mowa w §1 Przyjmujący Zamówienie wykonywał będzie w swoim zakładzie znajdującym się w przy ul., w terminie wcześniej uzgodnionym w rejestracji zakładu Przyjmującego Zamówienie (telefonicznie lub osobiście).
4. Przyjmujący Zamówienie nie może powierzyć wykonania świadczeń określonych w §1 niniejszej umowy osobom trzecim bez zgody Udzielającego Zamówienie wymaganej na piśmie pod rygorem nieważności.
5. Wynik badania będzie przekazany natychmiast po przeprowadzeniu badania faxem na numer podany przez Udzielającego Zamówienia oraz dodatkowo drogą pocztową, maksymalnie do 3 dni.
6. O wynikach badania pacjent zostanie poinformowany przez lekarza Udzielającego Zamówienie.

§ 5

1. Cennik świadczeń zdrowotnych, o których mowa w §1 stanowi załącznik nr 1 do niniejszej umowy będący jej integralną częścią.
2. Ceny zawarte w załączniku numer 1 do niniejszej umowy są cenami brutto i stanowią podstawę do obliczenia zapłaty za przedmiot umowy.

§ 6

1. Okresem rozliczeniowym będzie okres jednego miesiąca.
2. Zapłata za wykonane świadczenia będzie następować w formie polecenia przelewu, na podstawie wystawionej faktury VAT, w terminie 30 dni od daty doręczenia faktury.
3. Przyjmujący Zamówienie zobowiązuje się do prowadzenia imiennej listy pacjentów Udzielającego Zamówienia i załączania jej do każdej faktury, zgodnie z załącznikiem nr 2 do niniejszej umowy.
4. Za datę płatności uważa się dzień wpływu środków na rachunek bankowy Przyjmującego Zamówienie.
5. Przyjmujący zamówienie nie może dokonać cesji wierzytelności wynikających z niniejszej umowy ani ustanawiać na nich zastawów lub zawierać co do tych wierzytelności umów gwarancyjnych w trybie Kodeksu Cywilnego, w tym w szczególności umów poręczenia, bez uprzedniej zgody Udzielającego zamówienia wyrażonej na piśmie pod rygorem nieważności.

§ 7

1. Każda ze stron ma prawo do rozwiązania umowy z zachowaniem jednomiesięcznego terminu wypowiedzenia.
2. Wypowiedzenie / rozwiązanie powinno być dokonane na piśmie i przesłane drugiej stronie listem poleconym za dowodem doręczenia lub bezpośrednio za pisemnym potwierdzeniem odbioru.
3. Umowa może zostać rozwiązana bez wypowiedzenia w szczególności w przypadku rażącego naruszenia istotnych postanowień umowy przez Przyjmującego Zamówienie.

§ 8

1. Strony niniejszej umowy są zobowiązane do zachowania należytej staranności w wykonywaniu postanowień niniejszej umowy, w tym również do ochrony danych osobowych i zachowania w tajemnicy postanowień i brzmienia niniejszej umowy.
2. W przypadku niewykonania lub nienależytego wykonania umowy z przyczyn leżących po stronie Przyjmującego Zamówienie, Udzielający Zamówienia ma prawo żądać od przyjmującego zamówienie zapłaty kary umownej w wysokości 5.000 zł.
3. Udzielający zamówienia jest uprawniony do dochodzenia odszkodowania uzupełniającego, przenoszącego wysokość zastrzeżonej kary umownej w szczególności w przypadku naruszenia zakazu określonego w §6 ust. 5.

§ 9

Umowa została zawarta na okres od roku do roku.

§ 10

Zmiana postanowień niniejszej umowy wymaga formy pisemnej w postaci aneksu pod rygorem nieważności.

§ 11

W sprawach nie uregulowanych postanowieniami niniejszej umowy zastosowanie mają przepisy kodeksu cywilnego.

§ 12

Spory mogące wynikać na tle realizacji umowy rozpoznawane będą przez sąd powszechny, właściwy dla siedziby Udzielającego Zamówienia.

§ 13

Umowa została sporządzona w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze Stron.

Przyjmujący Zamówienie

Udzielający Zamówienia

Prezes Zarządu
Dariusz Skłodowski



Załącznik nr 1 do umowy/ORG/P/....

Cennik świadczeń zdrowotnych obowiązujący od.....

Załącznik nr 2 do umowy nr/ORG/P/.....

| l.p. | Imię i nazwisko pacjenta | PESEL pacjenta | Rodzaj wykonanych świadczeń zdrowotnych | Imię i nazwisko lekarza kierującego | Nazwa komórki kierującej | Cena jednostkowa (brutto) wykonanego świadczenia |
|------|--------------------------|----------------|---|-------------------------------------|--------------------------|--|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

Razem:

Załącznik nr 7- formularz cenowy

| L.p. | Rodzaj badania | Cena za badanie bez opisu | Cena za badanie z opisem |
|------|---|---------------------------|--------------------------|
| 1. | Zdjęcie czaszki PA + boczne | | |
| 2. | Zdjęcie czaszki PA lub AP (1 projekcja) | | |
| 3. | Zdjęcie czaszki boczne (1 projekcja) | | |
| 4. | Zdjęcie czaszki z oceną siodełka tureckiego | | |
| 5. | Zdjęcie oczodołów | | |
| 6. | Zdjęcie zatok obocznych nosa | | |
| 7. | Zdjęcie kości nosa (2 projekcje) | | |
| 8. | Zdjęcie żuchwy a-p | | |
| 9. | Zdjęcie skośne żuchwy | | |
| 10. | Zdjęcie pogranicza czaszkowo-szyjnego | | |
| 11. | Zdjęcie boczne krtani | | |
| 12. | Zdjęcie tchawicy | | |
| 13. | Zdjęcie kręgosłupa szyjnego a-p | | |
| 14. | Zdjęcie kręgosłupa szyjnego ap + boczne | | |
| 15. | Zdjęcie kręgosłupa szyjnego - boczne | | |
| 16. | Zdjęcie kręgosłupa szyjnego – boczne + skosy | | |
| 17. | Zdj. Czynnościowe kręgosłupa szyjnego (2 projekcje) | | |
| 18. | Zdjęcie skośne kręgosłupa szyjnego (2 projekcje) | | |
| 19. | Zdjęcie klatki piersiowej PA | | |
| 20. | Zdjęcie boczne klatki piersiowej | | |
| 21. | Zdj. Celowane (dodatkowe) przy badaniu KLP | | |
| 22. | Zdj. Szczytów płuc wg. Przybylskiego (1 projekcja) | | |
| 23. | Zdjęcie PA + boczne klatki piersiowej | | |
| 24. | Zdjęcie klatki piersiowej PA z kontrastem | | |

| | | | |
|-----|--|--|--|
| 25. | Zdjęcie boczne klatki piersiowej z kontrastem | | |
| 26. | Zdjęcie PA + boczne –kpl. Z kontrastem (sylwetki serca) | | |
| 27. | Zdjęcie żeber (1 projekcja) | | |
| 28. | Zdjęcie kręgosłupa piersiowego AP +bok | | |
| 29. | Zdjęcie obojczyka ze stawem barkowym | | |
| 30. | Zdjęcie osiowe stawu barkowego | | |
| 31. | Zdjęcie kości ramiennej z 1 stawem (2 projekcje) | | |
| 32. | Zdjęcie stawu łokciowego (2 projekcje) | | |
| 33. | Zdjęcie kości przedramienia z 1 stawem (2 projekcje) | | |
| 34. | Zdjęcie nadgarstka (2 projekcje) | | |
| 35. | Zdjęcie skośne nadgarstka (2 projekcje) | | |
| 36. | Zdjęcie porównawcze rąk | | |
| 37. | Zdjęcie kości ręki z oceną wieku kostnego dzieci i młodzieży | | |
| 38. | Zdjęcie skośne rąk (1 projekcja) | | |
| 39. | Zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej na stojąco/leżąco | | |
| 40. | Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego Ap + bok | | |
| 41. | Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowego a-p lub boczne | | |
| 42. | Zdjęcie kręgosłupa lędźwiowo-krzyżowego-boczne | | |
| 43. | Zdjęcie skośne kręgosłupa lędźwiowego | | |
| 44. | Zdjęcie kręgosłupa w całości a-p (dzieci małe) | | |
| 45. | Zdjęcie kręgosłupa w całości a-p dzieci starsze i młodzież | | |
| 46. | Zdjęcie talerzy biodrowych – test Rissera | | |
| 47. | Zdjęcie stawów krzyżowo-biodrowych AP | | |
| 48. | Zdjęcie stawów krzyżowo- | | |

| | | | |
|-----|---|--|--|
| | biodrowych – 2 projekcje (skosy) | | |
| 49. | Zdjęcie miednicy ze stawami biodrowymi | | |
| 50. | Zdjęcie kości ogonowej (proj. boczna) | | |
| 51. | Zdjęcie stawu biodrowego 1 projekcja a-p | | |
| 52. | Zdjęcie stawów biodrowych (osobno każdy staw) | | |
| 53. | Zdjęcie osiowe szyjki kości udowej | | |
| 54. | Zdjęcie kości udowej z 1 stawem (2 projekcje) | | |
| 55. | Zdjęcie kości udowych (3 projekcje) z 1 stawem | | |
| 56. | Zdjęcie stawu kolanowego a-p i bok | | |
| 57. | Zdj. st. kolanowych (3 proj.-porównawcze a-p i 2 boczne | | |
| 58. | Zdj. stawów kolanowych 4 proj. | | |
| 59. | Zdj. tunelowe rzepki | | |
| 60. | Zdj. osiowe rzepki | | |
| 61. | Zdj. kości podudzia a-p (z 1 stawem) | | |
| 62. | Zdj. kości podudzia a-p + boczne (z 1 stawem) | | |
| 63. | Zdj. podudzi (3 exp) ap i 2 boki | | |
| 64. | Zdj. stawu skokowego (2 projekcje) | | |
| 65. | Zdj. stawu skokowego (2 projekcje) + ap stawu drugiego | | |
| 66. | Zdj. stawów skokowych (4 projekcje) | | |
| 67. | Zdj. stopy AP | | |
| 68. | Zdj. porównawcze stóp ap | | |
| 69. | Zdj. stopy ap + boczne | | |
| 70. | Zdj. stóp (4 projekcje) | | |
| 71. | Zdj. palca (2 projekcje) | | |
| 72. | Zdj. kości piętowej – boczne | | |
| 73. | Zdj. kości piętowej (2 projekcje) | | |
| 74. | Zdj. osiowe kości piętowej | | |
| 75. | Zdj. kości inne 1 proj. (kości drobne) | | |

| | | | |
|-----|--------------------------------------|--|--|
| 76. | Zdj. kości inne 1 proj. (kości duże) | | |
| 77. | Zdj. zębowe wewnętrzne | | |

.....
Podpis i pieczęć oferenta