Projekt „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Katowice, dn. 12.08.2019 r.

**Zapytanie o cenę w celu rozeznania rynku i oszacowania wartości zamówienia**

Badań rezonansu magnetycznego bez kontrastu dla dzieci w wieku 1,5-16 lat związku z realizacją projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

**Kody CPV:** [85150000-5](https://www.portalzp.pl/kody-cpv/szczegoly/uslugi-obrazowania-medycznego-9039) **, nazwa:** Usługi obrazowania medycznego

Zamawiający: MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. ul. Czerwińskiego 8-10; 40-123Katowice

W związku z realizowanym projektem współfinansowanych przez Unię Europejską ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego, pod nazwą „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”, według umowy nr UDA-RPSL.09.02.06-24-06A7/17-00, MULTIKLINIKA „SALUTE” Sp. z o.o. w Katowicach kieruje zapytanie   
**o przedstawienie oferty cenowej**, w celu rozeznania rynku i oszacowania wartości zamówienia na usługę dot. badań rezonansu magnetycznego bez kontrastu dla dzieci w wieku 1,5-16 lat w ramach projektu „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia”.

W związku z powyższym, zwracamy się o podanie szacunkowej wartości zamówienia.

Szczegóły zamówienia w załączniku nr 1 – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.

Szacowanie wartości należy przesłać w wersji elektronicznej na adres e-mail:

[projekt.multiklinika@gmail.com](mailto:projekt.multiklinika@gmail.com) do dnia 19.08.2019 r. do godziny 15.00 wg wzoru stanowiącego załącznik nr 2

Dodatkowych informacji udziela: Marek Śmiłowski, Tel 500 282 494

Projekt „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

**Załącznik nr 1**

**Szczegółowy opis przedmiotu zamówienia**

Przeprowadzenie badań rezonansu magnetycznego bez kontrastu dla dzieci w wieku 1,5-16 lat zaplanowanych w okresie od września 2019 do sierpnia 2020 r.

Ilość badań rezonansu magnetycznego: 20 szt.:

* Badanie w znieczuleniu bez podania kontrastu;
* Badanie bez znieczulenia i bez podania kontrastu;
* Badanie w znieczuleniu z podaniem kontrastu;
* Badanie bez znieczulenia z podaniem kontrastu.

**Wymagany termin realizacji przedmiotu zamówienia.**

Zamówienie będzie realizowane po ustaleniu potrzeb uczestników projektu przez lekarzy dokonujących diagnozy oraz monitoringu osób ze spektrum autyzmu będących uczestnikami projektu.

Realizacja całego zamówienia w okresie: września 2019 – sierpnia 2020 z możliwością przedłużenia.

Projekt „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

**Załącznik nr 2**

Miejscowość ……………………….., data ………………………..

Dotyczy zapytania o cenw Projekt „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” w ramach Poddziałanie: 9.2.6. Rozwój usług zdrowotnych, w ramach Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego na lata 2014-2020

Dotyczy: zapytania o cenę w celu rozeznania rynku i oszacowania wartości zamówienia.

SZACOWANIE WARTOŚCI

przeprowadzenia badań rezonansu magnetycznego w związku z realizacją projektu” „Kompleksowe wsparcie diagnostyczno-terapeutyczne dzieci z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i osób z ich otoczenia” współfinansowanych przez Unię Europejską ze środków Regionalnego Programu Operacyjnego Województwa Śląskiego.

Firma: …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………

Adres, nr telefonu ……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………

……………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………

Szacuje wykonanie zamówienia dot. świadczenia badania rezonansem magnetycznym, jak poniżej:

1. Cena netto za 1 (jedno) badanie rezonansem magnetycznym:

* Badanie w znieczuleniu bez podania kontrastu
* Badanie bez znieczulenia i bez podania kontrastu
* Badanie w znieczuleniu z podaniem kontrastu
* Badanie bez znieczulenia z podaniem kontrastu

1. Ilość badań:
2. Łączna cena brutto c= (a x b)

Oświadczam, że wyceniliśmy wszystkie elementy niezbędne do prawidłowego wykonania przedmiotu zamówienia zgodnie z warunkami opisanymi w załączniku nr 1 do zapytania o ceną – szczegółowy opis przedmiotu zamówienia.

…………………………………………………………

Podpis osoby upoważnionej