

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Oferenta:

Nazwa wykonawcy

Siedziba:

REGON NIP

Osoba do kontaktu z Zamawiającym

Tel. fax

e-mail

2. Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych polegających na wykonywaniu opisu badań w zakresie diagnostyki obrazowej: opisywanie badań radiologicznych (RTG, TK, RM), w oparciu o teleradiologię dla pacjentów Zespołu Opieki Zdrowotnej w Ostrowcu Świętokrzyskim zgodnie z formularzem ofertowym. Proponowana kwota należności za realizację świadczenia oraz ich zakres:

L.p.	Rodzaj badania	Ilość badań w ciągu 12 miesięcy	Cena za jedno badanie – brutto (zł)	Wartość za badania – brutto (zł)
1	RTG- tryb planowy	9600		
2	RTG – tryb pilny	3600		
3	TK – tryb planowy	1800		
4	TK – tryb pilny	3400		
5	RM	950		

3. Zgłaszam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych objętych niniejszym konkursem i wyrażam wolę wykonywania tych świadczeń przy wykorzystaniu swojej bazy lokalowej, aparatury, personelu i sprzętu medycznego, w zakresie wykonywania opisów badań RTG, TK, RM w oparciu o teleradiologię.

.....
miejscowość data.....
(podpis z pieczęcią imienną, lub podpis czytelny osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta)