

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 Wielospecjalistycznego Szpitala 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	48		
2	RTG – tryb pilny	80		
3	RTG – tryb cito	224		
4	TK – tryb planowy	876		
5	TK – tryb pilny	76		
6	TK – tryb cito	4676		
7	TK - tryb cito cito	100		
8	RM planowe	1472		
9	RM pilne	52		
SUMA				

UWAGA! Ilość badań podana w formularzu ofertowym stanowi szacunkowe wyliczenie potrzeb Zamawiającego i nie może podlegać ewentualnym roszczeniom.

3. Oświadczam że posiadam integrację z innymi szpitalami w formacie HL7 CDA w ilości:

.....

4. Oświadczam że zatrudniam lekarzy specjalistów II^o w zakresie radiologii i diagnostyki obrazowej w ilości:

5. 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.

UWAGA! Oferta musi być wypełniona w każdej pozycji. Nie wypełnienie choćby jednej pozycji skutkuje odrzuceniem oferty przez Zamawiającego.

.....
miejscowość data

.....
podpis z pieczętą imienną, lub podpis czytelny osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta