

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:

Lp	Rodzaj badania	Ilość badań w ciągu 12 miesięcy	Cena za jedno badanie – brutto (zł)	Wartość za badania – brutto (zł)
1	RTG- tryb planowy	6000		
2	RTG – tryb pilny	2500		
3	TK – tryb planowy	2700		
4	TK – tryb pilny	8600		
5	TK cito cito (TK głowy, TK tętnic głowy i szyi)	200		
6	RM planowe	1200		
7	RM pilne	50		
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 pieczęcią imienną, lub podpis czytelny osoby
uprawnionej do reprezentowania Oferenta