

.....
(pieczęć Oferenta)

Formularz ofertowy

I. DANE OFERENTA:

Nazwa Oferenta:

.....

Adres Oferenta:

.....

NIP REGON

Nr tel. Nr faxu

Nr wpisu do właściwego rejestru i oznaczenie organu dokonującego wpisu

.....

II. PROPONOWANA KWOTA WYNAGRODZENIA

Oferujemy realizację zamówienia za cenę:

L.p.	Rodzaj badania	Cena jednostkowa brutto
	Opis badania tomografii komputerowej	
1	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego	
2	TK głowy bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
3	TK głowy bez wzmocnienia kontrastowego i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym	
4	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnienia kontrastowego (kl.pier,szyja,stawy,kości)	
5	TK innej okolicy anatomicznej bez i ze wzmocnieniem kontrastowym (kl.pier,szyja,stawy,kości)	
6	TK innej okolicy anatomicznej bez wzmocnieniem kontrastowym i co najmniej dwie fazy ze wzmocnieniem kontrastowym(jama brzuszna b/z kontr,przysadka z kontr,nadnercza z kontr,miednica z kontr))	
7	TK badanie dwóch okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	
8	TK badanie dwóch okolic anatomicznych bez i ze wzmocnienia kontrastowym	
9	TK trzech lub więcej okolic anatomicznych bez wzmocnienia kontrastowego	
10	TK trzech lub więcej okolic anatomicznych bez i ze wzmocnieniem kontrastowym	
11	Angiografia (bez angiografii t.t wieńcowych)	

III. KWALIFIKACJE ZAWODOWE OSÓB, KTÓRE BĘDĄ REALIZOWAŁY PRZEDMIOT ZAMÓWIENIA:

L.p.	Imię i nazwisko	Dziedzina i stopień specjalizacji	Nr prawa wykonywania zawodu

IV. OŚWIADCZENIE OFERENTA:

Oświadczam, że:

1. Zapoznałem się z materiałami informacyjnymi i ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych zastrzeżeń.
2. Uważam się za związanego ofertą przez okres 30 dni.
3. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.
4. Wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie zgodne są z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
5. Osoby wskazane do realizacji przedmiotu zamówienia posiadają aktualne badania lekarskie.
6. Wyrażam zgodę na poddanie się kontroli prowadzonej przez Udzielającego Zamówienia, Narodowy Fundusz Zdrowia lub inne uprawnione organy w zakresie przedmiotu umowy.
7. Zobowiązuję się do udostępnienia dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje personelu na każdy wniosek Udzielającego Zamówienia.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpis Oferenta)