

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań TK w razie awarii
dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
im. prof. K. Gibińskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
ul. Ceglana 35, 40-952 Katowice.**

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP..... Regon

Fax..... e-mail:

nr rachunku bankowego:

.....
.....

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań Tomografii Komputerowej (TK) w razie awarii.

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) przez okres wskazany w załączniku nr 2 do SWKO (tj. wzorze umowy).
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w SWKO i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w rzeczowym zakresie objętym SWKO.
4. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na zawartych w niej warunkach.

.....
miejscowość, data

.....
podpis oferenta

Badania TK w razie awarii dla lokalizacji Ceglana

L.p.	Nazwa badania	Ilość badań *	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Czas wykonywania badań z opisem
1	Badanie TK głowy bez kontrastu	5					
2	Badanie TK głowy bez i z kontrastem	6					
3	Badanie TK innej okolicy anatomicznej bez kontrastu	7					
4	Badanie TK innej okolicy anatomicznej bez i z kontrastem	10					
5	Badanie TK dwóch okolic anatomicznych bez kontrastu	3					
6	Badanie TK dwóch okolic anatomicznych bez i z kontrastem	15					
7	Badanie TK angiografia	5					
8	Badanie TK trzech i więcej okolic anatomicznych bez kontrastu	6					
9	Badanie TK trzech i więcej okolic anatomicznych bez i z kontrastem	20					
RAZEM:							

*Ilości badań są szacunkowe w okresie obowiązywania umowy.

Miejsce wykonywania badań oraz telefon kontaktowy:

.....
.....
.....