

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

**Konkurs ofert na całodobowe udzielanie świadczeń zdrowotnych zakresie
czynnika ryzyka zakażenia biologicznego po ekspozycji
dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
im. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice.**

Nazwa Oferenta.....

Siedziba Oferenta

NIP..... Regon.....

tel..... fax..... e-mail:

nr rachunku bankowego:

.....

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie czynnika ryzyka zakażenia biologicznego po ekspozycji:

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 (wzorzec 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

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Lp.	Nazwa badania	Ilość	Cena netto badania	Wartość netto badania	VAT	Wartość brutto badania
1	Konsultacja w poradni I	50				
2	Konsultacja w poradni II	16				
3	Badanie HBs Ag	50				
4	Badanie HBs Ab Cito	46				
5	Badanie HCV Ab	86				
6	Badanie HIV Ag/Ab COMBI	66				
7	Badanie HIV Ag/Ab COMBI Cito	40				
8	Badanie HBC total	5				

Miejsce udzielania świadczeń

.....