

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

**Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne - badania i konsultacje wg pakietów
dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. 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. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na udzielanie badań i konsultacji wg pakietów:

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.
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 projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na zawartych w niej warunkach wraz z naniesionymi zmianami w trakcie postępowania.

.....
miejscowość, data

.....
podpis oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 1 - Badania i konsultacje pneumonologiczne

Lp.	Nazwa badania	Ilość*	Cena netto badania	Wartość netto badania	VAT	Wartość brutto badania
1	Konsultacja pneumonologiczna	8				
2	Badanie spirometrii	5				
3	Badanie zdolności dyfuzyjnej płuc (DLCO)	18				
4	Bronchoskopia	5				
5	Bronchoskopia z wycinkiem	5				
6	Bronchoskopia z wycinkiem i wymazem	5				

* ilość szacunkowa w okresie obowiązywania umowy

Miejsce wykonywania badań oraz telefon kontaktowy:

.....

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 2 - Badania Cystoskopii

Lp.	Nazwa badania	Ilość*	Cena netto badania	Wartość netto badania	VAT	Wartość brutto badania
1	Badanie cystoskopii	3				

* ilość szacunkowa w okresie obowiązywania umowy

Miejsce wykonywania badań oraz telefon kontaktowy:

.....