

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 1 – Konsultacje dermatologiczne

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja dermatologiczna	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel. e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 2 – konsultacje chirurgii naczyniowej oraz badania diagnostyczne

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacje chirurgii naczyniowej	100					
2.	Badanie USG Doppler - naczyń szyi	15					
3.	Badanie USG Doppler - naczyń kończyn górnych lub dolnych	15					
4.	Badanie USG Doppler - innych obszarów układu naczyniowego	8					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

h.v.

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 3 – Konsultacje chirurgii szczękowo-twarzowej

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja chirurgii szczękowo-twarzowej	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
Pakiet nr 4 – Konsultacje psychiatryczne

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja psychiatryczna	15					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

l n.

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA
Pakiet nr 5 – Konsultacje laryngologiczne

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja laryngologiczna	15					
2.	Założenie tamponady	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 6 – Konsultacje pediatryczne

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja pediatryczna	5					
2.	Konsultacja pediatryczna - tryb cito*	5					
RAZEM							

*tryb cito udzielanie świadczeń zdrowotnych 7 dni w tygodniu 24h na dobę

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel. e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 7 – Konsultacje chirurgiczna dla dzieci

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja chirurgiczna dla dzieci	5					
2.	Konsultacja chirurgiczna dla dzieci - tryb cito*	5					
RAZEM							

*tryb cito udzielanie świadczeń zdrowotnych 7 dni w tygodniu 24h na dobę

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 8 – Konsultacje urologiczne dla dzieci

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja urologiczna dla dzieci	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 9 – Konsultacje ortopedyczne dla dzieci

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja ortopedyczna dla dzieci	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

20

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 10 – Konsultacje neurochirurgiczne dla dzieci

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja neurochirurgiczna dla dzieci	8					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 11 – Konsultacje neurologiczne dla dzieci

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja neurologiczna dla dzieci	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 12 – Konsultacje laryngologiczne dla dzieci

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja laryngologiczna dla dzieci	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel.
		e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Pakiet nr 13 – Konsultacje endokrynologiczne dla dzieci

L.P.	Nazwa świadczenia	liczba świadczeń	Cena jednostkowa	Wartość netto	Podatek VAT	Wartość brutto	Termin realizacji (dni)
1	2	4	6	7	8	9	10
1.	Konsultacja endokrynologiczna dla dzieci	5					
RAZEM							

1.	Miejsce wykonywania świadczeń (nazwa i adres)	
2.	Odległość od siedziby Udziałającego Zamówienia do miejsca wykonywania świadczeń (km)	
3.	Dane teleadresowe do umawiania świadczeń:	tel. e-mail.

podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta