Załącznik nr 1

………………………………….

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 (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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  | Zał. nr 1.1. do SWKO | | | | | |
|  | | | | |  | |  | | | |  | | | |  | | |  |  | | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |  | | | | |
|  | | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  | | | |  |  | | | | |
| **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 | Konsultacja w poradni III | | | | | | 2 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 4 | Konsultacja w poradni IV | | | | | | 2 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 5 | Konsultacja w poradni V | | | | | | 2 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 6 | Konsultacja w poradni VI | | | | | | 2 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 7 | Badanie HBs Ag | | | | | | 50 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 8 | Badanie HBs Ab Cito | | | | | | 46 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 9 | Badanie HCV Ab | | | | | | 86 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 10 | Badanie HIV Ag/Ab COMBI | | | | | | 66 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 11 | Badanie HIV Ag/Ab COMBI Cito | | | | | | 40 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 12 | Badanie HBC total | | | | | | 5 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 13 | Morfologia | | | | | | 5 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 14 | ALAT | | | | | | 5 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 15 | ASPAT | | | | | | 5 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 16 | Bilirubina | | | | | | 5 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 17 | Kreatynina | | | | | | 5 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |
| 18 | Opłata za pozostawanie w gotowości | | | | | | 24 | | | |  | | | |  | | | |  | | |  | | |

**Miejsce udzielania świadczeń**