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**