FORMULARZ OFERTOWY

NA

UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Z ZAKRESU

***OPISÓW BADAŃ RENTGENOWSKICH DROGĄ TELERADIOLOGII***

 W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

|  |
| --- |
| D A N E O F E R E NTA |
| OFERENT*Nazwa oferenta zgodnie* *z dokumentem rejestracyjnym* |  |
| Osoba/y Uprawniona/e do reprezentowania |  |
| **Adres siedziby firmy:**Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer |  |
| **Telefon:** **e-mail:**  |
| **Wpis do właściwego rejestru** |
| Organ dokonujący wpisu Nr |  |
| Organ dokonujący wpisu Nr |  |
| **NIP** | **REGON** |

........................................................

 Podpis Oferenta

**Zgodnie z określonymi wymogami oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę ofertową:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa świadczenia | Przewidywana liczba opisóww okresie obowiązywania umowy w szt. | Proponowana cena za jedno badanie/opisbrutto | Wartość brutto |
| **2.** | **Opis badania RTG**tryb zwykły (planowy) | 21 000\* |  |  |
| **3.** | **Opis badania RTG**(tryb pilny, CITO) | 1 000\* |  |  |
| **Razem:** |  |

\*podana ilość badań tyczy się całego okresu obowiązywania tj. 24 miesiące, rzeczywista ilość badań przekazanych do opisu będzie wynikała z bieżących potrzeb Udzielającego zamówienia.

……………………… ………………………………

(miejscowość i data) (podpis i pieczątka osoby upoważnionej do

 reprezentowania Oferenta)