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/yUprawniona/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 opisów  w okresie obowiązywania umowy w szt. | Proponowana cena za jedno badanie/opis  brutto | 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)