FORMULARZ OFERTOWY

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

|  |
| --- |
| D A N E O F E R E NTA |
| OFERENTNazwa oferenta zgodnie z dokumentem rejestracyjnym |  |
| Forma Organizacyjna |  |
| **Adres do korespondencji:****Kod pocztowy, miejscowość, ulica, numer** |   |
| **Numer telefonu:**  | **Fax:**  | **e-mail:**  |
| **Numer prawa wykonywania zawodu** |  |
| **Numer NIP** |  |

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

 *Data i podpis Oferenta*

**ZAŁĄCZNIK CENOWY**

NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE

RADIOLOGII

W WIELKOPOLSKIM CENTRUM PULMONOLOGII I TORAKOCHIRURGII

1. Elementy należności za realizację zamówienia:

1. Proponowana stawka stałego wynagrodzenia za 1 dzień udzielania świadczeń:

\* od 01/10/23r. do 31/12/23r.....................................................

\* od 01.01.2024 do 31.12.2026r………………………………………………………..

2) Proponowana stawka za wykonywanie opisu 1 badania tomografii komputerowej (KT):

\* od 01/10/23r. do 31/12/23r.....................................................

\* od 01.01.2024 do 31.12.2026r………………………………………………………..

3) Proponowana stawka za kwalifikację i wykonanie biopsji gruboigłowej pod kontrolą KT:

\* od 01/10/23r. do 31/12/23r.....................................................

\* od 01.01.2024 do 31.12.2026r………………………………………………………..

4) Proponowana stawka za wykonywanie opisu 1 badania RTG:

\* od 01/10/23r. do 31/12/23r.....................................................

\* od 01.01.2024 do 31.12.2026r………………………………………………………..

5) Proponowana stawka za konsultację do kryteriów RECIST:

\* od 01/10/23r. do 31/12/23r.....................................................

\* od 01.01.2024 do 31.12.2026r………………………………………………………..

2. Oferowana ilość dni świadczeń udzielanych tygodniowo:….............................

3. Proponowany czas trwania umowy: ...................................................

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

 Data i podpis Oferenta