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 za 1 dzień udzielania świadczeń:

/przyjmując, że 1 dzień roboczy równy jest 5 godzinom/

………………………………………………………..

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

………………………………………………………..

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

………………………………………………………..

4) Proponowana stawka za wykonywanie opisu 1 badania RTG:

………………………………………………………..

5) Proponowana stawka za konsultację do kryteriów RECIST:

………………………………………………………..

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

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

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

Data i podpis Oferenta