

FORMULARZ OFERTOWY

.....
 Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
 Adres podmiotu

.....
 Rodzaj rejestru, NIP

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie dokonywania opisów badań:

Pakiet 1: wykonywanie opisów TK przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii w trybie:

- CITO – do 2 godzin od otrzymania obrazu;

Pakiet 2: wykonywanie opisów TK przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii w trybie:

- Pilny – do 24 godzin od otrzymania obrazu;

Pakiet 3: wykonywanie opisów TK przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii w trybie:

- Planowy – do 72 godzin od otrzymania obrazu.

Pakiet 4: wykonywanie opisów RTG przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii w trybie:

- CITO – do 2 godzin od otrzymania obrazu;

Pakiet 5: wykonywanie opisów RTG przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii w trybie:

- Pilny – do 24 godzin od otrzymania obrazu;

Pakiet 6: wykonywanie opisów RTG przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii w trybie:

- Planowy – do 72 godzin od otrzymania obrazu

Zgodnie z poniższymi cenami:

PAKIET	WYSZCZEGÓLNIENIE/ PRODUKT zgodny z ogłoszeniem w danym zakresie	CENA / WARTOŚĆ BRUTTO W ZŁ*
1	TK – CITO do 2h	
2	TK – pilne do 24h	
3	TK – planowe do 72 h	

4	RTG – cito do 2h	
5	RTG – pilne do 24h	
6	RTG – planowe do 72h	

*podana cena jest ceną obowiązującą przez cały okres obowiązywania umowy

- 1 Zobowiązuję się do udzielania ww. świadczeń na zasadach określonych w przepisach obowiązującego prawa.
- 2 W przypadku zmiany przepisów prawa, o których mowa w pkt. 1, zobowiązuję się do dostosowania warunków udzielania świadczeń do aktualnych wymogów określonych ww. przepisami w trakcie trwania umowy.

.....

Piecątka i podpis

OŚWIADCZENIE OFERENTA

.....
Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

.....
Adres podmiotu

.....
Rodzaj rejestru, NIP

Oświadczam, że:

1. Zatrudniony przeze mnie personel medyczny posiada odpowiednie uprawnienia i kwalifikacje do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem zamówienia.
2. Samodzielnie dokonuję wszelkich rozliczeń z Urzędem Skarbowym i innymi organami.
3. Zapoznałem się z regulaminem i warunkami konkursu i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
4. Złożoną ofertą pozostanę związany przez okres 30 dni od upływu terminu składania ofert.
5. Zapoznałem się z warunkami przedstawionymi w projekcie umowy i przyjmuję ją bez zastrzeżeń.
6. Zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego Zamówienia.

Do formularza ofertowego dołączam następujące dokumenty:

1.
1.
2.
3.

.....
miejsce i data

.....
podpis

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Łapach ul. Korczaka 23, 18-100 Łapy