

FORMULARZ OFERTOWY

Imię i nazwisko / nazwa oferenta:

Adres:

Województwo.....

Tel. / fax.:

NIP

REGON:

Numer wpisu do właściwego rejestru

*W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
w zakresie badań diagnostycznych rezonansu magnetycznego wraz z opisem*

oferuję(emy) wykonanie przedmiotu zamówienia za następującą cenę ofertową brutto:

Lp	Rodzaj badania MR	Cena za badanie brutto
1	Głowa bez kontrastu	
2	Głowa z kontrastem	
3	Oczodoły bez kontrastu	
4	Oczodoły z kontrastem	
5	Twarzoczaszka bez kontrastu	
6	Twarzoczaszka z kontrastem	

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku

23-200 Kraśnik, ul. Chopina 13, tel. (0-81) 825-13-77, fax. (0-81) 884-32-09

7	Przysadka mózgowa z kontrastem	
8	Szyja bez kontrastu	
9	Szyja z kontrastem	
10	Kręgosłup jeden odcinek bez kontrastu	
11	Kręgosłup jeden odcinek z kontrastem	
12	Kręgosłup dwa odcinki bez kontrastu	
13	Kręgosłup dwa odcinki z kontrastem	
14	Kręgosłup trzy odcinki bez kontrastu	
15	Kręgosłup trzy odcinki z kontrastem	
16	Jama brzuszna bez kontrastu	
17	Jama brzuszna z kontrastem	
18	Miednica mała bez kontrastu	
19	Miednica mała z kontrastem	
20	Cholangiografia (z oceną wątroby i trzustki)	
21	Kości, stawy bez kontrastu	
22	Kości, stawy z kontrastem	
23	Angiografia	
24	Myelografia dopłata do kręgosłupa	
25	Stawy krzyżowo-biodrowe bez kontrastu	
26	Stawy krzyżowo-biodrowe z kontrastem	

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku

23-200 Kraśnik, ul. Chopina 13, tel. (0-81) 825-13-77, fax. (0-81) 884-32-09

Dane o personelu odpowiedzialnym za realizację zadania będącego przedmiotem konkursu (dane mogą zostać przedstawione w formie załącznika, lecz muszą zawierać wymienione poniżej dane)

Nazwisko i imię	Numer prawa wykonywania zawodu	Nazwa i stopień specjalizacji

1. Oświadczam(y), że zapoznałem/zapoznaliśmy się z szczegółowymi warunkami konkursu i nie wnoszę/wnosimy do nich zastrzeżeń oraz, że posiadam(y) konieczne informacje potrzebne do właściwego wykonania zamówienia.

2. Oświadczam(y), że w cenie oferty zostały uwzględnione wszystkie koszty wykonania zamówienia

3. Oświadczam(y), że zawarty w szczegółowych warunkach konkursu projekt umowy (załącznik nr 2) został przez nas zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wybrania mojej/naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

4. Gwarantuję(emy) wykonanie całości niniejszego zamówienia zgodnie z opisem przedmiotu zamówienia.

5. Oświadczamy, że badania wykonywane będą przez osoby o odpowiednich kwalifikacjach, zgodnie z określonymi standardami i obowiązującymi w tym zakresie przepisami prawa.

6. Oświadczamy, że dysponujemy odpowiednim sprzętem niezbędnym do wykonywania badań diagnostycznych rezonansu magnetycznego.

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Kraśniku

23-200 Kraśnik, ul. Chopina 13, tel. (0-81) 825-13-77, fax. (0-81) 884-32-09

7. Oświadczamy, że posiadamy odpowiednie warunki lokalowe spełniające określone wymogi sanitarne, które pozwalają na realizację pełnego zakresu procedur medycznych wymaganych przez Zamawiającego.

8. Do nadzorowania i wykonania umowy oraz bieżących kontaktów z Zamawiającym upoważniony/a będzie Pan/Pani

tel.:, fax.:

9. Załącznikami do oferty są:

1).....nr str.

2)..... nr str.

3)..... nr str.

.....
(data, miejscowość)

.....
*podpis(y)**

***Podpis(y) i pieczęćka(i) imienna(e) osoby(osób) uprawnionej(ych) do reprezentowania Wykonawcy zgodnie z:**

- a) zapisami w dokumencie stwierdzającym status prawny Wykonawcy(ów) (odpis z właściwego rejestru)
- b) pełnomocnictwem wchodzącym w skład oferty.