Załącznik Nr 1 do SWKO

FORMULARZ OFERTY NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE TELERADIOLOGII POLEGAJĄCEJ NA OPISYWANIU BADAŃ OBRAZOWYCH WYKONANYCH PRZEZ SZPITAL I PRZEKAZYWANYCH W DRODZE TRANSMISJI DANYCH DO PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE ORAZ ZWROTNYM PRZEKAZANIU TĄ DROGĄ WYKONANYCH OPISÓW BADAŃ

I. **<u>DANE DOTYCZĄCE OFERENTA:</u>**

Pełna nazwa ……..…….....

Adres siedziby .....

NIP:…… REGON…….....

Tel..... e-mail .....

II. Oferta cenowa:

Lp.	Rodzaj badania	Maksymalny czas wykonania badania	Ilość badań na 24 m-cy lub wyczerpania ilości	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
Opis badania RTG					
1.	Nagły: jednej okolicy anatomicznej (np. głowa, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kończyny)	Do 1 godziny od momentu przekazania	800		
Opis badania TK					
2.	Nagły: jednej okolicy anatomicznej (np. głowa, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kończyny)	Do 1 godziny od momentu przekazania	2900		
RAZEM					

III. Okres udzielania świadczeń zdrowotnych wynosi 24 m-ce od dnia podpisania umowy.

IV. Termin płatności do 30 dni od daty złożenia prawidłowo sporządzonego rachunku, wystawionego do 10 dnia następnego miesiąca za świadczenia wykonane w miesiącu poprzednim.

V. Oświadczamy, że ceny jednostkowe badań uwzględniają wszycie koszty z tym związane , które nie ulegną wzrostowi do końca trwania umowy.

VI. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty otwarcia oferty.

VII. Oświadczamy , że w przypadku wyboru naszej oferty zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia .

VIII. Personel udzielający świadczeń; (wykaz osób wraz z posiadanymi kwalifikacjami)

….....

.....

.....

.....

.....

<u>Oświadczam, że wszelkie podane w ofercie informacje są prawdziwe.</u>

.....

podpis Oferenta/pełnomocnika