

**FORMULARZ OFERTOWY**

Nawiązując do ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Centrum Onkologii we Wrocławiu, pl. Hirszfelda 12, składam niniejszą ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie densytometrii

**DANE O OFERENCIE:**

.....  
.....  
.....  
.....  
(nazwa oferenta – zgodnie z rejestrem, dokładny adres siedziby podmiotu leczniczego )

Numer NIP.....  
Numer REGON.....  
Numer KRS ( jeśli dotyczy .....  
Numer rejestru Działalności Gospodarczej.....  
Numer telefonu z nr kierunkowym.....  
Numer fax.....  
Adres e-mail.....  
Numer zaświadczenia potwierdzającego wpis do rejestru podmiotów leczniczych.....

1. Proponuję zawarcie umowy na okres .....
2. Proponowana kwota należności za realizację zamówienia – (cena brutto w PLN za jedno badanie za dany rodzaj badania w zakresie densytometrii):

L.p.	Rodzaj badania w zakresie densytometrii	Cena jednostkowa brutto badania PLN	Ilość wykonanych badań w roku 2017 przez Przyjmującego zamówienie	Czas oczekiwania na wykonanie badania
1	Densytometria DEXA- projekcja kręgosłupa			
2	Densytometria DEXA – projekcja- szyjka kości udowej			

3. Płatność za wykonanie usługi dokonywana będzie w formie przelewu na konto bankowe:  
.....  
(nazwa banku i nr konta)
4. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia, szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
5. Miejsce wykonywania świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem konkursu  
.....

6. Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych\*:

- 1) Poniedziałek od.....do.....
- 2) Wtorek od.....do.....
- 3) Środa od.....do.....
- 4) Czwartek od.....do.....
- 5) Piątek od.....do.....
- 6) Sobota od.....do.....
- 7) Niedziela od.....do.....

7. Sposób przyjmowania zgłoszeń .....

8. Osoby odpowiedzialne za realizację zamówienia oraz numer telefonu kontaktowego:

.....

9. Do niniejszej umowy załączam wymagane w Szczegółowych warunkach konkursu ofert dokumenty i oświadczenia jako załączniki:

- 1) ...
- 2) ...
- 3) ...
- 4) ...
- 5) ...
- 6) ...
- 7) ...
- 8) ...
- 9) ...
- 10)...

\*jeśli dni i godziny udzielania świadczeń są różne dla różnych rodzajów badania – należy je określić

.....  
Podpis i pieczęć osoby/osób  
uprawnionej/uprawnionych do  
reprezentowania  
Przyjmującego zamówienie