

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 scyntygrafii

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 scyntygrafii):

L.p.	Rodzaj badania w zakresie scyntygrafii	Cena jednostkowa brutto badania PLN	Ilość wykonanych badań w roku 2014 przez Przyjmującego zamówienie	Czas oczekiwania na wykonanie badania
1	Limfoscyntygrafia			
2	Scyntygrafia całego ciała WHOLE BODY			
3	Scyntygrafia z pochodnymi somatostatyny (Oktreoscan)			
4	Scyntygrafia tarczycy			
5	Badania scyntygraficzne narządowe planarne			
6	Badania narządowe techniką SPECT			
7	Scyntygrafie klirensowe (renoscyntygrafia, scyntygrafia dróg żółciowych, serce FP)			
8	Próba kaptoprilowa			
9	Scyntygrafia tarczycy-jodowa			

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