

Dane Udzielającego Zamówienia:
Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej
ul. Armii Krajowej 2/4
05-800 Pruszków

FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY na
Interpretacja i opis zdalny badań tomografii komputerowej (TK) w systemie teleradiologii dla
pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie

I. Dane Przyjmującego Zamówienie/Oferenta

Nazwa oferenta:

.....

Adres siedziby:

Numer telefonu, faks:

e-mail:

Numer konta bankowego:

REGON: NIP:

Numer KRS/numer wpisu do ewidencji

Numer telefonu

Osoba kontaktowa w sprawie wykonywania świadczeń:

Proponujemy następujące warunki wykonywania świadczeń:

Lp.	Rodzaj świadczenia	Szacunkowa liczba badań <u>rocznie</u>	Cena jednostkowa za badanie, brutto	Ogółem kwota zamówienia brutto -2 lata	Liczba zakładów współpracujących

Wartość brutto opisu badań na okres 24 miesięcy wynosi:zł brutto (słownie.....)

- Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.
- Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią umów na udzielenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i wyrażam zgodę na ich zawarcie w tym brzmieniu w przypadku wyboru mojej oferty.

4. Oświadczam, że jestem związana/y ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie zawodowe niezbędne do świadczenia usług w zakresie niniejszego postępowania oraz zatrudniam personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje.

.....

miejsowość i data

.....

Podpis i pieczętka upoważnionego przedstawiciela
Oferenta