

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:

Nazwa badania	Roczna liczba badań, tryb CITO	Stawka za 1 badanie, CITO, zł	Roczna liczba badań, tryb planowy	Stawka za 1 badanie, tryb plan	ROCZNA wartość badań zł
TK głowy/oczodołów/twarzoczaszki/zatok	1394		58		
TK kości stawów/kręgosłupa 1 odcinek /ortopedyczne	108		4		
TK szyi/krtani	45				
TK klatki piersiowej/jamy brzusznej/miednicy	340		6		
TK dwóch okolic anatomicznych	2435		28		
TK trzech okolic anatomicznych	286		2		

TK angio jednej okolicy anatomicznej	47		1	
Politrauma	14			
łącznie	4669		99	

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

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.
3. 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. **Wykaz osób stanowi załącznik do oferty.**

.....


.....

miejsowość i data

Podpis i pieczęć upoważnionego przedstawiciela  
Oferenta

Nina Fronczak

Specjalista ds. Kadr i Rozliczeń  
SZPITAL NAWRZESINIE  
w Pruszkowie



Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie

ul. Armii Krajowej 2/4 | 05-800 Pruszków | tel. 22 758 80 02 | fax: 22 728 71 38

[www.szpitalnawrzesinie.pl](http://www.szpitalnawrzesinie.pl)

Wykonał: N.Fronczak