

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci badań EMG
dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Zawierciu

I. Dane Oferenta:

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP.....Regon

Tel.Fax

e-mail:www.

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

II. Oferta

Oferuję udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci badań EMG dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Zawierciu na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu oferty wraz z załącznikami, w związku z czym oświadczam, że:

1. Będę realizować Badania EMG w okresie 24 miesięcy za łączne wynagrodzenie w wysokości:

brutto:.....zł.

(słownie:.....zł.)

Powyższa cena wynika z poniższej kalkulacji:

| Nazwa Badania | szacunkowa ilość badań 24 miesiące* | Cena jednostkowa (brutto w PLN) | Wartość 24 miesięcy (brutto w PLN) |
|-------------------------|-------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------|
| Włókna ruchowe | 7756 | | |
| Włókna czuciowe | 7608 | | |
| Badanie jednego mięśnia | 124 | | |
| Próba tężyczkowa | 18 | | |
| Próba miasteniczna | 14 | | |
| Nerw twarzowy | 5 | | |
| Suma | | | |

* Podane ilości badań w skali 24 miesięcy są szacunkowe i służą jedynie do oceny oferty, jeżeli faktyczna ilość badań będzie inna, Przyjmującemu Zamówienie nie służą z tego tytułu żadne roszczenia.

Oferent gwarantuje stałość cen w trakcie trwania umowy.

.....
 Podpis osoby uprawnionej

OŚWIADCZENIE

Składając ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w postaci badań EMG dla pacjentów Szpitala Powiatowego w Zawierciu oświadczam, że:

1. Posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
2. Dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonania zamówienia.
3. Zapoznałem się z treścią ogłoszenia konkursowego.
4. Zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie zastrzeżeń.
5. Zapoznałem się ze wszystkimi koniecznymi informacjami, niezbędnymi do przygotowania oferty oraz wykonania badań będących przedmiotem zamówienia.
6. Nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego wzoru umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych i zobowiązuję się do jej zawarcia na takich warunkach, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia.
7. Oświadczam, że nie zalegam z opłacaniem zobowiązań publicznoprawnych, w tym w szczególności podatkowych oraz składek na ubezpieczenia społeczne i zdrowotne.
8. Składając niniejszą ofertę zobowiązuję się zrealizować przedmiot zamówienia w pełnym zakresie opisanym w SWKO.

Na każde żądanie Udzielającego zamówienia dostarczę niezwłocznie, w wyznaczonym przez Udzielającego zamówienia terminie, odpowiednie dokumenty potwierdzające prawdziwość oświadczeń zawartych w mojej ofercie. Wszystkie podane wyżej informacje są zgodne z prawdą.

....., dnia

(podpis Oferenta)