Załącznik nr 1

**OFERTA**

**dla Szpitala Powiatowego w Zawierciu**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w trybie teleradiologii w zakresie**

**opisywania badań mammograficznych**

**I. Dane Oferenta:**

Nazwa Wykonawcy

Siedziba wykonawcy

NIP Regon

Tel. Fax

e-mail: www.

Nazwa banku i nr rachunku bankowego:

**II. Oferta**

Oferuję opisywanie badań mammograficznych na warunkach określonych w szczegółowych warunkach konkursu i załączonym do nich projekcie umowy, w związku z czym oświadczam, że:

1. Będę realizować Badania w okresie 36 miesięcy za łączne wynagrodzenie w wysokości:

……………………………………………………………………..………....… zł (netto)\*

plus należny podatek VAT ………………………..…..…..% tj. ……….………………………………..………..zł,

brutto (z VAT): …………………………………………………………………..……………..……zł

(słownie:……………………………………………………………………………………………………………………..zł).

Powyższa cena wynika z poniższej kalkulacji:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa Badania** | **szacunkowa ilość badań 12 miesięcy\*** | **szacunkowa ilość badań 36 miesięcy\*** | **Cena** | **Wartość** |
| Opis badania mammografii skryningowej obu piersi | 1500 | 4500 |   |   |
|  |  |  | SUMA |   |

\* Podane ilości badań w skali 12 i 36 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.

1. Będę udzielać świadczeń przy pomocy następującego personelu (wpisać dane personelu odpowiedzialnego za wykonywanie badań):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Kwalifikacje zawodowe |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| … |  |  |

Ponadto oświadczam, że:

1. zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami konkursu-przetargu i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag;
2. zapoznałem /-am się z treścią projektu umowy i akceptuję bez zastrzeżeń jego treść.

…………………………………………..

Podpis osoby uprawnionej/osób

uprawnionych do reprezentowania Oferenta