

**FORMULARZ OFERTOWY**

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro na:  
**„Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań tomografii komputerowej w przypadku awarii sprzętu w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu”.**

1. Nazwa i adres Zamawiającego

Szpital Powiatowy w Zawierciu

42-400 Zawiercie, ul. Miodowa 14

tel. 32 67-220-11 wew. 134

Godziny urzędowania: 7:25 – 15:00

REGON 276271110, NIP 649-19-18-293

www.szpitalzawiercie.pl

email: organizacyjny@szpitalzawiercie.pl

2. Opis przedmiotu zamówienia: Udzielanie całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań tomografii komputerowej w przypadku awarii sprzętu w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu określonych w Formularzu Ofertowym na warunkach szczegółowo określonych w projekcie umowy.

3. Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa.....

Adres.....

NIP.....REGON.....

Tel. .... FAX.....

e-mail: .....WWW. ....

Nazwa banku i nr rachunku bankowego: .....

W odpowiedzi na ogłoszone przez Szpital Powiatowy w Zawierciu postępowanie o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 30.000 euro w zakresie wykonywania badań tomografii komputerowej w przypadku awarii sprzętu w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu – przedstawiam ofertę wykonywania badań, będących przedmiotem zamówienia za cenę:

Lp.	Nazwa badania	Prognozowana ilość badań na okres 18 miesięcy*	Cena jednostkowa (brutto w PLN)	Suma (brutto w PLN)
1.	TK głowy bez środka kontrastowego	41		
2.	TK głowy bez i ze środkiem kontrastowym	6		
3.	TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	10		
4.	TK innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym	57		
5.	TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez środka kontrastowego	10		
6.	TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze środkiem kontrastowym	12		
7.	Badanie angiografia (z wyłączeniem angiografii tt.wieńcowych)	6		
<b>łącznie:</b>				

\* Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odstępstwa od ilości wykonanych badań.

\* Podane ilości badań w skali 18 miesięcy są szacunkowe i służą jedynie do oceny oferty, jeżeli faktyczna ilość badań będzie inna, Wykonawcy nie przysługują z tego tytułu żadne roszczenia.

Zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

4. Termin wykonania zamówienia – 18 miesięcy.
5. Termin zapłaty za prawidłowo wystawioną i doręczoną fakturę – 30 dni
6. Oferowany okres gwarancji - Oferent gwarantuje stałość cen w trakcie trwania umowy.
7. Termin związania ofertą – 30 dni.
8. Udzielający Zamówienia zastrzega prawo do wyboru więcej niż jednego oferenta.
9. Udzielający Zamówienia ustala maksymalną odległość zakładu / pracowni tomografii komputerowej od siedziby Szpitala nie większą niż 65 km.

Uwagi:

- a. Oświadczam, że posiadam uprawnienia niezbędne do wykonania świadczeń będących przedmiotem zamówienia, jeżeli uregulowania prawne nakładają obowiązek posiadania takich uprawnień.
- b. Oświadczam, że dysponuję niezbędną wiedzą i doświadczeniem do wykonywania zamówienia.
- c. Oświadczam, że zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami postępowania i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag.
- d. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią wzoru umowy i akceptuję bez zastrzeżeń jej treść.

.....

data i podpis Wykonawcy