

### FORMULARZ OFERTOWY

Dotyczy: postępowania o udzielenie zamówienia publicznego o wartości szacunkowej poniżej 130 000 zł. netto na:

**Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Pacjentów Udzielającego Zamówienia 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 40 350  
Godziny urzędowania: 7:25 – 15:00  
REGON 276271110, NIP 649-19-18-293  
www.szpitalzawiercie.pl  
email: [organizacyjny@szpitalzawiercie.pl](mailto:organizacyjny@szpitalzawiercie.pl)

2. Opis przedmiotu zamówienia: Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Pacjentów Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania tomografii komputerowej w przypadku awarii sprzętu w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu.

3. Nazwa i adres Wykonawcy

Nazwa.....  
Adres.....  
NIP.....REGON.....  
Tel.....  
email: .....WWW. ....  
Nazwa banku i nr rachunku bankowego: .....

4. Oferuję wykonanie badań tomografii komputerowej w przypadku awarii sprzętu w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu na warunkach określonych w załączonym projekcie umowy, w związku z czym oświadczam, że:

Będę realizować Badania w okresie 12 miesięcy od dnia podpisania umowy za łączne wynagrodzenie w wysokości:

.....zł (brutto)

(słownie:.....zł).

Powyższa cena wynika z poniższej kalkulacji:

Lp.	Nazwa badania	Prognozowana ilość badań na okres 12 miesięcy*	Cena jednostkowa (brutto w PLN)	Suma (brutto w PLN)
1.	TK głowy bez środka kontrastowego	75		
2.	TK głowy bez i ze środkiem kontrastowym	4		
3.	TK innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	15		
4.	TK innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym	2		
5.	TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez środka kontrastowego	4		
6.	TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i ze środkiem kontrastowym	20		
7.	Badanie angiografii z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych	10		
<b>łącznie:</b>				

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

Zaoferowana cena zawiera wszystkie koszty związane z realizacją zamówienia.

5. Termin wykonania zamówienia – 12 miesięcy tj. od 23.12.2023r. do 22.12.2024r.

6. Termin zapłaty za prawidłowo wystawioną i doręczoną fakturę - 14 dni.

7. Oferowany okres gwarancji - Oferent gwarantuje stałość cen w trakcie trwania umowy.

8. Termin związania ofertą – 30 dni.

Uwagi:

- a. Oświadczam, że zapoznałem/-am się szczegółowo z warunkami zamówienia i uzyskałem/-am wszystkie informacje niezbędne do przygotowania oferty i nie zgłaszam w tym zakresie żadnych uwag.
- b. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią wzoru umowy i akceptuję bez zastrzeżeń jej treść.

.....  
data i podpis Wykonawcy