

DO WSZYSTKICH WYKONAWCÓW

dotyczy: Udzielania przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Pacjentów Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego w przypadku awarii sprzętu w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu

Udzielający Zamówienie informuje, że dokonuje zmiany załącznika nr 6 b – Formularz ofertowy

DYREKTOR
SZPITALA POWIATOWEGO
W ZAWIERCIU

Piotr Zachariasiewicz

AR

FORMULARZ OFERTOWY

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

Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Pacjentów Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań rezonansu magnetycznego w przypadku awarii sprzętu w Szpitala Powiatowego 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

2. Opis przedmiotu zamówienia: Udzielanie przez Przyjmującego Zamówienie na rzecz Pacjentów Udzielającego Zamówienia świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania rezonansu magnetycznego w przypadku awarii sprzętu w Szpitala Powiatowego w Zawierciu.

3. Nazwa i adres Wykonawcy

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

4. Oferuję wykonanie badań rezonansu magnetycznego w przypadku awarii sprzętu w Szpitala Powiatowego w Zawierciu na warunkach określonych w załączonym projekcie umowy, w związku z czym oświadczam, że:

Będę realizować Badania w okresie 12 miesięcy tj. od 17.12.2023r. do 16.12.2024r. 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.	MR głowy bez środka kontrastowego	5		
2	MR kręgosłupa bez środka kontrastowego	5		
2.	MR głowy lub kręgosłupa bez i ze środkiem kontrastowym	20		
3.	MR innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego	5		
4.	MR innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym	10		
5.	MR dwóch okolic anatomicznych bez środka kontrastowego	5		
6.	MR dwóch okolic anatomicznych ze środkiem kontrastowym	2		
7.	Angiografia MR głowy bez środka kontrastowego	2		
8.	Angiografia MR głowy ze środkiem kontrastowym	2		
9.	Cholangiografia	2		
Łącznie:				

* 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 17.12.2023r. do 16.12.2024r

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