FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

kod pocztowy …….…….…… miejscowość …….……..……..

tel ……..…..…… fax ……..……..…….…….……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpis do Centralnej Ewidencji i Informacji Gospodarczej. …..……

W załączeniu przedkładam:**

1. W przypadku osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji:
   - kserokopie dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje,
2. Zaświadczenie o wpisie do (CEIDG) lub odpis z Krajowego Rejestru Sądowego poświadczające, że oferent jest uprawniony do występowania w obrocie prawnym, udzielając świadczeń opieki zdrowotnej w zakresie objętym przedmiotem konkursu zgodnie z wpisem do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (zgodnie z art. 26 ust. 2 ustawy o działalności leczniczej).
3. Aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą zawierający określenie rodzaju działalności leczniczej ”Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne”.
4. Decyzję o nadaniu Numeru „REGON”.

Dokumenty należy złożyć w postaci kserokopii, potwierdzonych przez Oferenta za zgodność z oryginałem.

Lp.	Nazwa badania EMG	Przewidywana ilość badań do wykonania w okresie obowiązywania umowy	Cena oferenta
1.	Przewodzenie ruchowe jednego nerwu obwodowego – badanie jakościowe	80	
2.	Przewodzenie czuciowe jednego nerwu obwodowego	70	
3.	Pakiet badań w kierunku zespołu cieśni nadgarstka (1 ręka)	50	
4.	Badanie transmisji nerwowo – mięśniowej metodą pojedynczego włókna SF EMG	6	
5.	Badanie ruchów mimowolnych	6	
6.	Elektromiografia – badanie jednego mięśnia	12	
7.	Próba tężyczkowa	6	
8.	Próba miasteniczna	6	
9.	EMG nerwu twarzowego	12	

1. Czas wykonania badania od zgłoszenia w dniach roboczych (max 5 dni roboczych) .....

2. Czas wykonania opisu badania od zgłoszenia w dniach roboczych (max 7 dni roboczych).....

Dni i godziny wykonywania badań EMG

1. Poniedziałek	od …… do ……
2. Wtorek	od …… do ……
3. Środa	od …… do ……
4. Czwartek	od …… do ……
5. Piątek	od …… do ……
6. Sobota	od …… do ……
7. Niedziela	od …… do ……

Przyjmowanie zgłoszeń telefonicznych pod nr ……

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Katowickie Centrum Onkologii wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……
…..
(pieczątka i podpis Oferenta