FORMULARZ OFERTOWY

Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa *

……..

……. …….

……

2. Adres Oferenta:

ul ……..……..……..nr ……...…….……

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

tel ……..…..…… fax ……..……..…….…….……

Regon ……..…… NIP…….……

Numer KRS/wpisu do Ewidencji Działalności Gospodarczej (Centralna Ewidencja i Informacja o 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. W przypadku podmiotów leczniczych - aktualny wypis z Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą,
4. Decyzję o nadaniu Numeru u „REGON".
7. Wykaz lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych zgodnie z załączonym wzorem wraz z kompletem dokumentów potwierdzających posiadane kwalifikacje.

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

Proponowana kwota należności za:

Lp.	Rodzaj świadczeń – badania scyntygraficzne	Szacunkowa ilość świadczeń w okresie obowiązywania umowy	Cena brutto w zł za jedno świadczenie	Wartość ogółem brutto w zł
1.	Scyntygrafia dynamiczna nerek	10		
2.	Scyntygrafia statyczna nerek	15		
3.	Scyntygrafia tarczycy	35		
4.	Scyntygrafia przytarczyc	20		
5.	Scyntygrafia trójfazowa kośćca	25		
6.	Scyntygrafia kośćca jednofazowa	35		
7.	Limfoscyntygrafia	60		
8.	Scyntygrafia węzła wartowniczego	60		
9.	Scyntygrafia uchyłka Meckela	10		
10.	Scyntygrafia dla poszukiwania krwawienia z przewodu pokarmowego	10		
11.	Scyntygrafia perfuzyjna płuc	15		
12.	Scyntygrafia wentylacyjna płuc z zastosowaniem Technegazy	15		
13.	Scyntygrafia stanów zapalnych z zastosowaniem znakowanych in vitro leukocytów	20		
14.	Scyntygrafia przepływu krwi w mózgu	25		
15.	Cysternografia	10		
16.	Scyntygraficzne badania serca	20		
Wartość brutto wynosi (słownie.....)				

Przyjmuje termin płatności 30 dni, od dnia otrzymania faktury (rachunku) przez Szpital Stanisława Leszczyńskiego w Katowicach wraz z wykazem wykonanych świadczeń zdrowotnych.

……
…..
(pieczątka i podpis Oferenta