

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne w zakresie konsultacji i badań diagnostycznych dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach, ul. Ceglana 35, 40-514 Katowice

Nazwa Oferenta.....

Siedziba Oferenta

NIP..... Regon.....

tel..... fax..... e-mail:

nr rachunku bankowego:

W związku z ogłoszeniem konkursu ofert przez Uniwersyteckie Centrum Kliniczne im. prof. K. Gibińskiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach na udzielanie konsultacji i badań diagnostycznych:

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert (SWKO) przez okres wskazany w Załączniku Nr 2 do SWKO.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia oraz postanowieniami określonymi w SWKO i przyjmuję je bez zastrzeżeń.
3. Oferuję zrealizowanie przedmiotu zamówienia w rzeczowym zakresie objętym SWKO.
4. Oświadczam, że zawarty w załączniku nr 2 do SWKO projekt umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na zawartych w niej warunkach.

.....
miejsowość, data

.....
podpis oferenta

FORMULARZ CENOWY
WYSZCZEGÓLNIENIE ASORTYMENTOWE I ILOŚCIOWE PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA

Lp.	Nazwa badania	Ilość*	Cena netto badania	Wartość netto badania	VAT	Wartość brutto badania	Miejsce świadczenia usługi
1	PROGRAMOWANIE LUB KONTROLA STYMULATORA	8					
2	BADANIE EKG	11					
3	BADANIE UKG	3					
4	BADANIE UKG PRZEZPRZĘŁYKOWE	19					
5	KONSULTACJA KARDIOLOGICZNA	23					
6	KONSULTACJA KARDIOLOGICZNA + EKG + UKG (PAKIET)	60					
7	KONSULTACJA KARDIOCHIRURGICZNA	5					
8	BADANIE PRZEWODNICTWA RUCHOWEGO	8					
9	BADANIE PRZEWODNICTWA CZUCIOWEGO	8					
10	BADANIE PRZEWODNICTWA NERWOWEGO/SOMATOSENSORYCZNE POTENCJAŁY WYWOŁANE (SEP)	2					

* ilość szacunkowa w okresie obowiązywania umowy

Miejsce wykonywania badań oraz telefon kontaktowy:

.....
.....
.....