

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

**Konkurs ofert na świadczenia zdrowotne - konsultacje specjalistyczne wg pakietów
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 specjalistycznych wg pakietów :

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.

.....
miejscowość, data

.....
podpis oferenta



załącznik nr 1.1. do Umowy

Pakiety	Nazwa badania	Ilość*	Cena netto badania	Wartość netto badania	VAT	Wartość brutto badania	Miejsce świadczenia usługi
1	Konsultacje dermatologiczne	5					
2	Konsultacje diabetologiczne	5					
3	Konsultacje genetyczne	5					
4	Konsultacje chirurgii naczyniowej	100					
5	Konsultacje chirurgii szczękowo – twarzowej	5					
6	Konsultacje nefrologiczne	5					
7	Konsultacje torakochirurgiczne	6					
8	Konsultacje psychiatryczne	15					
9	Konsultacje laryngologiczne	8					
10	Konsultacje pediatryczne	5					
11	Konsultacje pediatryczne - tryb cito**	5					
12	Konsultacje genetyczne dla dzieci	5					
13	Konsultacja chirurgiczne dla dzieci	5					
14	Konsultacja chirurgiczne dla dzieci - tryb cito**	5					
15	Konsultacje urologiczne dla dzieci	5					
16	Konsultacje ortopedyczne dla dzieci	5					
17	Konsultacje neurochirurgiczne dla dzieci	8					
18	Konsultacje neurologiczne dla dzieci	5					
19	Konsultacje laryngologiczne dla dzieci	5					
20	Konsultacje endokrynologiczne dla dzieci	5					

* ilość szacunkowa w okresie obowiązywania umowy

** tryb cito udzielanie świadczeń zdrowotnych 7 dni w tygodniu 24h na dobę

Miejsce wykonywania badań oraz telefon kontaktowy:

.....

.....

.....