

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

**Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań TK w razie awarii
dla Uniwersyteckiego Centrum Klinicznego
im. prof. K. Gibińskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach,
ul. Ceglana 35, 40-952 Katowice.**

Nazwa Oferenta

Siedziba Oferenta

NIP..... Regon

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 świadczeń zdrowotnych w zakresie badań TK w razie awarii.

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 (tj. wzorze umowy).
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 wzór umowy został przeze mnie zaakceptowany i zobowiązuję się w przypadku wyboru mojej oferty do zawarcia umowy na zawartych w niej warunkach.

.....
miejsce, data

.....
podpis oferenta

Badania TK wykonywane w przypadku awarii sprzętu Udzielającego Zamówienie, całodobowo.

| L.p. | Nazwa badania | Ilość badań * | Cena 1 badania | Wartość badania |
|--------|---|---------------|----------------|-----------------|
| 1 | TK głowy bez kontrastu | 5 | | |
| 2 | TK głowy z kontrastem (lub przed i po podaniu środka kontrastowego) | 2 | | |
| 3 | TK jamy brzusznej bez kontrastu z rekonstrukcjami | 3 | | |
| 4 | TK jamy brzusznej wielofazowe z kontrastem z rekonstrukcjami | 2 | | |
| 5 | TK wielofazowe | 7 | | |
| 6 | TK zatok obocznych nosa bez kontrastu z rekonstrukcjami | 2 | | |
| 7 | TK szyi z kontrastem (lub przed i po podaniu środka kontrastowego) z rekonstrukcjami | 2 | | |
| 8 | TK szyi bez kontrastu z rekonstrukcjami | 3 | | |
| 9 | TK jamy brzusznej (lub przed i po podaniu środka kontrastowego) z rekonstrukcjami | 5 | | |
| 10 | TK klatki piersiowej i śródpiersia bez kontrastu z rekonstrukcjami | 2 | | |
| 11 | TK klatki piersiowej i śródpiersia z kontrastem (lub przed i po podaniu środka kontrastowego) z rekonstrukcjami | 5 | | |
| 12 | TK angiografia | 3 | | |
| 13 | TK kręgosłupa (C lub Th lub L-S) bez kontrastu | 2 | | |
| 14 | TK kręgosłupa (C lub Th lub L-S) z kontrastem | 2 | | |
| RAZEM: | | | | |

*Ilości badań są szacunkowe w okresie obowiązywania umowy.

Miejsce udzielania świadczeń oraz ilość km od budynku Udzielającego Zamówienia znajdującego się w lokalizacji:
Katowice ul. Medyków 14

.....
.....

