załącznik nr 1 do Umowy

………………………………….

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.

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

 miejscowość, data podpis oferenta

załącznik nr 1.1. do Umowy

**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 PRZEZPRZEŁYKOWE | **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:

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………