

.....
Pieczęć firmowa oferenta

Formularz ofertowy

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji urologicznych dla pacjentów 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 świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji urologicznych:

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

Konsultacje urologiczne

Lp.	Nazwa badania	liczba*	Cena netto	Wartość netto	VAT	Wartość brutto	Czas oczekiwania na wykonanie konsultacji lub badania
1	Konsultacja urologiczna	138					
2	USG dróg moczowych	84					
3	USG TRUS	2					
RAZEM:			X		X		

* liczba szacunkowa w okresie obowiązywania umowy

Miejsce świadczenia usług: