

Pieczęć firmowa

**SP ZOZ Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny nr 4 w Bytomiu
Aleja Legionów 10
41-902 Bytom**

FORMULARZ OFERTOWY

dotyczący wykonywania świadczeń zdrowotnych w zakresie **badania densytometrycznych** dla pacjentów SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu. NOP/ŚZ/3/2017

NAZWA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....

.....

SIEDZIBA PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

.....

.....

tel. fax.

REGON NIP

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

- Oferuję realizację przedmiotu zamówienia określonego w Zaproszeniu do złożenia oferty z dnia 3.10.2017 r. na: "**Badania densytometryczne dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego nr 4 w Bytomiu**".

Lp.	Nazwa badania	Średnioroczna ilość badań	Cena jednostkowa brutto	Wartość badań brutto	Okres oczekiwania na wynik
1	Densytometria 3 okolic anatomicznych	10			
2	Densytometria badanie składu ciała – badanie wstępne	10			
3	Densytometria badanie składu ciała – kolejne badanie na tym samym aparacie	2			
Razem brutto					

Nie dopuszcza się możliwości składania ofert częściowych na badania.

- Oświadczam, że miejsce wykonywania ww. świadczeń zdrowotnych znajduje się pod adresem:
-

3. Oświadczam, że zapoznaliśmy się z warunkami zawartymi w zapytaniu ofertowym i uznajemy się za związanych określonymi w nim postanowieniami i zasadami postępowania.
4. Oświadczam, że zobowiązujemy się w przypadku wybrania naszej oferty, do zawarcia pisemnej umowy, w której uregulowane zostaną szczegółowe warunki współpracy.
5. Oświadczam, że dysponujemy osobami zdolnymi do wykonania zamówienia w zakresie badań mammograficznych.
6. Oświadczam, że posiadamy wiedzę i doświadczenie niezbędne do należytego wykonania ww. świadczeń zdrowotnych.
7. Oświadczam, że znajdujemy się w sytuacji ekonomicznej i finansowej gwarantującej należyte wykonanie zamówienia.
8. Akceptuję następujące warunki realizacji zamówienia:
 - 1) termin realizacji – 36 miesięcy, licząc od dnia zawarcia umowy, stosownie do zapotrzebowania Zamawiającego.
 - 2) forma i termin płatności faktur (nie krótszy niż **30 dni**): przelew: dni.
9. Oświadczam, iż podana cena uwzględnia wszystkie czynniki cenotwórcze, niezbędne do prawidłowej realizacji zamówienia.
10. Oświadczam, że posiadamy w zakresie swojej działalności dostęp do Portalu Potencjału udzielony przez Śląski Oddział Wojewódzki NFZ, umożliwiający uzupełnianie danych związanych z przedmiotem zamówienia.
11. Wyrażamy zgodę na przetwarzanie naszych danych osobowych przez Udzielającego Zamówienie dla potrzeb przeprowadzonego zapytania ofertowego, zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r., Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

Wykaz złożonych dokumentów:

- 1)
- 2)
- 3)

.....
Podpis osoby upoważnionej