

## FORMULARZ OFERTOWY

**Nazwa i adres Zamawiającego:**

Krapkowskie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.  
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice

**Nazwa przedmiotu zamówienia \*:**

**Zakres 1:**

Świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania badań USG.

**Zakres 2:**

Świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania badań endoskopowych.

**Zakres 3:**

Konsultacje lekarskie

**Tryb postępowania:**

Konkurs ofert

**Nazwa i adres Świadczeniodawcy:**

.....

.....

Numer telefonu.....

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za\*\*:

**Zakres 1:**

Świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania badań USG

Rodzaj badania	Cena brutto za 1 badanie
USG zmian powierzchniowych	
USG naczyń szyjnych Kolor Doppler	
USG szyi (tarczycy, przytarczyc, powierzchniowych węzłów chłonnych, ślinianek)	
USG położnicze, ginekologiczne	
USG dopochwowe	
USG Doppler-duplex	
USG jamy brzusznej	
USG noworodków	
USG serca (Echokardiografia)	

**Zakres 2:**

Świadczenie usług medycznych w zakresie wykonywania badań endoskopowych

Rodzaj badania	Cena brutto za 1 badanie
Gastroskopia	
Kolonoskopia	
Rektoskopia	
Polipektomia	

**Zakres 3:**

Konsultacje lekarskie

Przedmiot zamówienia	Cena brutto za 1 konsultację
Konsultacja szpitalna laryngologiczna	
Konsultacja szpitalna okulistyczna	
Konsultacja szpitalna neurologiczna	
Konsultacja szpitalna neurologiczna dla dzieci	
Konsultacja szpitalna dermatologiczna	
Konsultacja szpitalna pulmonologiczna	
Konsultacja szpitalna alergologiczna	
Konsultacja szpitalna chirurgii urazowo - ortopedycznej	
Konsultacja szpitalna psychiatryczna	
Konsultacja laryngologiczna dla celów badań profilaktycznych	
Konsultacja okulistyczna dla celów badań profilaktycznych	
Konsultacja neurologiczna dla celów badań profilaktycznych	
Konsultacja pulmonologiczna dla celów badań profilaktycznych	
Konsultacja alergologiczna dla celów badań profilaktycznych	

Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.

Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Istotnych Warunkach Umowy.

....., dnia .....

.....

*podpisy i pieczęcie osób upoważnionych  
do reprezentowania Świadczeniodawcy)*

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* wypełnić tylko dla pozycji oferowanych w poszczególnych zakresach*