

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Zamawiającego:

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

Nazwa przedmiotu zamówienia:

Zakres 1:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych tomografii komputerowej (TK) *
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych tomografii komputerowej (TK) * - Pakiet Onkologiczny

Zakres 2:

1. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych rezonansu magnetycznego (MR) *
2. Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych rezonansu magnetycznego (MR) * - Pakiet Onkologiczny

Zakres 3:

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych *

Tryb postępowania:

Konkurs ofert

Nazwa i adres Świadczeniodawcy:

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

(pieczęć Świadczeniodawcy)

Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

Zakres Nr **	Opis	Cena jednostkowa brutto	Jednostka miary
1	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych tomografii komputerowej (TK)	wg załączonego cennika	komplet
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych tomografii komputerowej (TK)- Pakiet Onkologiczny	wg załączonego cennika	komplet
2	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych rezonansu magnetycznego (MR)	wg załączonego cennika	komplet
	Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań diagnostycznych obrazowych rezonansu magnetycznego (MR) – Pakiet Onkologiczny	wg załączonego cennika	komplet
3	Badanie histopatologiczne		szt.
	Badanie Helicobacter Pylori		szt.
	Badanie cytologiczne – BAC		szt.
	Badanie immunohistochemiczne (1 parametr)		szt.
	Ocena preparatu cytologii ginekologicznej testem Bethesda		szt.
	Wykonanie badania „intra operations”		szt.

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 zakresu, w ramach którego składana jest oferta*