***Załącznik nr 1 do SWKO nr 4/VII/2024***

……………………………………..

*(pieczęć Oferenta)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na** **udzielanie świadcze****ń zdrowotnych** **w zakresie wykonywania specjalistycznych badań ENG**

**na rzecz pacjentów Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.**

### UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice

NIP: 1990080635

#### DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa .........................................................................................................................................

Siedziba: ......................................................................................................................................

REGON ……………………………………….…………………………………………………………………………………………..

NIP: ………………………………………………………………………………………………………………………………………..

Telefon: …………………………………………………..……………………………………………………………………………..

e-mail: …………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **OFERTA CENOWA**

Oświadczam, że oferuję następującą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa | Cena jednostkowa netto [zł] | Podatek  VAT [%] | Cena jednostkowa brutto [zł] |
| 1. | Badania przewodzenia we włóknach ruchowych jednego nerwu obwodowego w tym fala F\* |  | ZW |  |
| 2. | Badania przewodzenia we włóknach czuciowych jednego nerwu obwodowego w tym fala F\* |  | ZW |  |
| **\* nie mniej niż dwa nerwy badania.** | | | | |

1. **OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE**
2. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
3. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Projekcie umowy – załącznik nr 2.

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

*(miejscowość i data) (podpisy i pieczęcie osób upoważnionych*

*do reprezentowania Oferenta)*