

..... dn.....2019 r.

.....
(Nazwa i adres Przyjmującego Zamówienie)

FORMULARZ OFERTOWY

**„KONKURS OFERT - UDZIELANIE ZAMÓWIENIA NA
ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE W ZAKRESIE WYKONYWANIA DIAGNOSTYKI OBRAZOWEJ
(RTG) OBOWIĄZUJĄCEJ W PODSTAWOWEJ OPIECE ZDROWOTNEJ”.**

1.Oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za łączną cenę zł
(w tym podatek VAT)

słownie:zł

2. Oferujemy zwiększenie dostępności punktu wykonywania diagnostyki obrazowej RTG dla pacjentów o czas minut.

.....
Podpis

(osoby upoważnionej do reprezentowania

Przyjmującego Zamówienie)

1. Oferujemy wykonanie zamówienia na warunkach i w terminie określonym w ofercie i wszystkich załącznikach do niej.
2. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z istotnymi postanowieniami do umowy w niniejszym postępowaniu, akceptujemy je i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz przyjmujemy warunki tam zawarte.
3. Oświadczamy, że przyjmujemy sposób płatności zgodny z zapisami w niniejszym postępowaniu.
4. Oświadczamy, że w cenie naszej oferty uwzględnione zostały wszystkie koszty wykonania przedmiotowego zamówienia.
5. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą na czas wskazany w ofercie tj. 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
6. W przypadku przyznania nam zamówienia, zobowiązujemy się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez Udzielającego Zamówienia.
7. Oświadczamy, że zaoferowany przez nas przedmiot zamówienia spełnia wszystkie wymagania Udzielającego Zamówienia.

Oferta zawiera ponumerowanych stron.

Załącznikami do niniejszej oferty są:

.....

.....

.....

ARKUSZ ASORTYMENTOWO-CENOWY

Lp.	Nazwa badania diagnostycznego	Ilość badań na okres 12 miesięcy	Cena jednostkowa netto (w zł.)	Wartość netto (w zł.)	VAT w %	Wartość brutto
	Zdjęcia radiologiczne					
1	zdjęcie klatki piersiowej w projekcji AP i bocznej	950				
2	zdjęcia kostne:					
2a)	kręgosłupa (cały kręgosłup) w projekcji AP i bocznej	2				
2b)	kręgosłupa (odcinkowe) w projekcji AP i bocznej	400				
2c)	kończyn w projekcji AP i bocznej	200				
2d)	miednicy w projekcji AP i bocznej	25				
3	zdjęcie czaszki	10				
4	zdjęcie zatok	40				
5	zdjęcie przeglądowe jamy brzusznej	2				

WARUNKI GRANICZNE

LP	Warunki graniczne wymagane	Potwierdzenie spełnienia TAK / NIE
1.	Punkt wykonywania pacjentom prześwietlenia (RTG) zlokalizowany na terenie miasta Busko-Zdrój i dostępny od poniedziałku do piątku w godzinach od 7.30 do 18.00 z wyłączeniem dni wolnych od pracy.	
2.	Dostępność wyników badań RTG wraz z opisem lekarza radiologa do 3 dni pracujących od momentu wykonania. Wyniki będą dostarczane do rejestracji poradni ogólnej w Przychodni Rejonowej Nr 1 w Busku-Zdroju przy ul. Sądowej 9 od poniedziałku do czwartku do godziny 15.00.	
3.	Przygotowanie przez oferenta procedur i zasad przygotowania pacjenta do badań diagnostycznych RTG, wykonania tych badań oraz transportu .	
4.	Dysponowanie potencjałem kadrowym i sprzętowym zgodnie z obowiązującymi przepisami i standardami	
5.	Dysponowanie wykwalifikowaną kadrą radiologów w celu realizacji badań RTG	

.....
(data i podpis osoby uprawnione do
reprezentowania Przyjmującego
Zamówienie)