Załącznik Nr 1

**OFERTA**

**Dane Oferenta:**

Nazwa ……………………………………………………………………………………………………………….

Oferent prowadzi działalność gospodarczą w formie

……………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………….

Numer telefonu……………………………………………………

Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

……

Numer NIP

Numer REGON

Zobowiązania oferenta

Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia i treścią dokumentacji konkursowej, akceptuje warunki w niej zawarte oraz dysponuję właściwymi kwalifikacjami zawodowymi do wykonania przedmiotowych badań/świadczeń.

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej

**Oferuję realizację badań tomografii komputerowej (TK):**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj badania** | **Szacunkowa roczna ilość badań służąca do obliczenia oferty** | **Cena jednostkowa brutto [zł]** | **Wartość brutto [zł]** |
| **1** | **TK: badanie głowy bez środka kontrastowego** | **24** |  |  |
| **2** | **TK: badanie głowy ze środkiem kontrastowym** | **5** |  |  |
| **3** | **TK: badanie głowy bez i ze środkiem kontrastowym** | **5** |  |  |
| **4** | **TK: badanie innej okolicy anatomicznej 1) bez środka kontrastowego** | **4** |  |  |
| **5** | **TK: badanie innej okolicy anatomicznej 1) ze środkiem kontrastowym** | **4** |  |  |
| **6** | **TK: badanie innej okolicy anatomicznej 1) bez i ze środkiem kontrastowym** | **4** |  |  |
| **7** | **TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych 1) bez środka kontrastowego** | **4** |  |  |
| **8** | **TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych 1) ze środkiem kontrastowym** | **5** |  |  |
| **9** | **TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych 1) bez i ze środkiem kontrastowym** | **5** |  |  |
| **10** | **TK: angiografia** | **4** |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ OFERTY** | | | |  |

1) okolice anatomiczne stanowią: głowa, szyja, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kręgosłup z podziałem na okolice anatomiczne (szyjny, piersiowy, lędźwiowy), kończyna górna z podziałem na okolice anatomiczne, kończyna dolna z podziałem na okolice anatomiczne.

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej