|  |  |
| --- | --- |
| DKW.2233.2.2023.HB |  dn. …………………………………………., stycznia 2023 r. |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na „Wybór Wykonawców usług medycznych w poszczególnych specjalizacjach”**

Nazwa Wykonawcy: ....................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................

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

NIP…………………………………………….…………...…. REGON ..….……….………………………………….……………

Nr telefonu: ….......................................................... Nr faksu: …................................................

Email: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu
do składania ofert i za cenę przedstawioną poniżej:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa usługi medycznej: | Jednostka miary | Przewidywana ilość na czas trwania umowy | Cena brutto 1 badania | Cena danej usługi w skali całego zamówienia (wartość z kolumny nr 4 razy wartość z kolumny nr 5) |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 1 | Konsultacje neurologiczne | Konsultacja | 80 |  |  |
| 2 | Konsultacje urologiczne | Konsultacja | 70 |  |  |
| 3 | Konsultacje okulistyczne | Konsultacja | 120 |  |  |
| 4 | Opis zdjęć RTG przez lekarza radiologa | Opis zdjęcia | 2000 |  |  |
| 5 | Badania gastroskopowe (lekarz gastrolog/chirurg) | Badanie | 100 |  |  |
| 6 | Wykonywanie badań USG Dopplera 1 kończyna | Badanie | 20 |  |  |
| 7 | Wykonywanie badań USG Dopplera 2 kończyny | Badanie | 20 |  |  |

**Usługi, na które Wykonawca NIE BĘDZIE SKŁADAŁ oferty powinny zostać wykreślone.**

Równocześnie oświadczamy, że:

1. zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy zgodnie ze wzorem stanowiącym załącznik do niniejszego postępowania, w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.
2. jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.
3. ustanawiamy warunki płatności: płatność przelewem w terminie 30 dni od momentu otrzymania przez AŚ RADOM prawidłowo wystawionej przez Wykonawcę faktury zgodnie z zapisami wzoru umowy.
4. nie posługiwaliśmy się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi w przygotowaniu prowadzonego postępowania.
5. akceptujemy fakt, iż ilość usług zdrowotnych wyszczególnionych w tabeli powyżej, jest ilością szacunkową i służy jedynie wyłącznie do wyliczenia ceny oferty i wyboru Wykonawcy. Użyte przez Wykonawcę (który złoży ofertę najkorzystniejszą) do obliczenia ceny oferowanej, ceny jednostkowe będą stałe w okresie obowiązywania umowy.
6. Zamawiający nie ponosi konsekwencji finansowych zmniejszenia ilości badań. Wykonawcy należy się wynagrodzenie za faktycznie przeprowadzone badania.
7. Na kolejno.......... ponumerowanych stronach składamy całość oferty.

Załączniki do niniejszej oferty stanowią:

* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..
* ………………………………………………………………………………………………..

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

 (data) (pieczęć i podpis osoby upoważnionej