

**DANE ZAMAWIAJĄCEGO:**

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Augustowie  
 ul. Szpitalna 12  
 16-300 Augustów  
 tel. 87 644 42 84  
 strona internetowa: <https://www.spzoz.augustow.pl>  
 e-mail: sekretariat@spzoz.augustow.pl

**FORMULARZ OFERTOWY****I. Nazwa, dane firmy oraz adres siedziby Oferenta**

.....  
 .....

**KRS** .....

**NIP:** .....

**REGON:** .....

W związku z ogłoszeniem postępowania konkursowego na wykonywanie usług teleradiologicznych poprzez opisywanie zdjęć TK i RTG pacjentów Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej w Augustowie, zobowiązuję się do realizacji usług w zakresie wskazanym w Regulaminie i szczegółowych warunkach konkursu i **oferuję:**

**1) wykonanie usług w cenie netto/brutto:**

LP.	RODZAJ OPISU BADANIA	CZAS OPISU	ILOŚĆ	CENA JEDNOSTKOWA	WARTOŚĆ
1.	Opis badania TK jednej okolicy anatomicznej pacjenta (świadczenie usług trybie CITO, przez 7 dni w tygodniu, w tym w dni ustawowo wolne od pracy, w godz.: od 15:00 do 8:00)	2 h	3 360		
2.	Opis badania RTG (świadczenie usług całodobowo, przez 7 dni w tygodniu, w tym w dni ustawowo wolne od pracy)	48 h	12 816		
<b>Razem:</b>					

**Cena ofertowa:** ..... zł

(słownie: ..... zł)

## II. Oświadczam, że:

1. Świadczenia objęte przedmiotem zamówieniem będą wykonywane przy pomocy personelu w liczbie i o uprawnieniach niezbędnych do wykonywania świadczeń będących przedmiotem konkursu, wynikające z odrębnych przepisów prawa.
2. Zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o konkursie, Regulaminem i Szczegółowymi warunkami konkursu ofert, akceptuję je w pełnym zakresie i nie wnoszę do nich żadnych zastrzeżeń.
3. Oferujemy realizację przedmiotowej usługi zgodnie z cenami określonymi w „Formularzu ofertowym”.
4. Akceptujemy zaproponowane przez udzielającego zamówienia warunki rozliczenia za wykonaną usługę.
5. Oświadczamy, iż oferowane przez nas świadczenia zdrowotne spełniają wszystkie wymagania dotyczące przedmiotu zamówienia, określone przez Zamawiającego.
6. Posiadam niezbędny sprzęt do udzielania świadczeń objętych przedmiotem postępowania konkursowego.
7. Posiadam/y tytuł prawny do korzystania ze sprzętu i aparatury medycznej wykorzystywanej do realizacji badań będących przedmiotem postępowania.
8. Oferowane świadczenia objęte umową wykonywać będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa i standardami świadczenia usług medycznych, na wysokim poziomie jakościowym.
9. Dane przedstawione w ofercie i niniejszych oświadczeniach są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.
10. Informujemy, iż uważamy się za związanych niniejszą ofertą w okresie wskazanym w dokumentacji konkursowej.
11. Cena oferty zawiera wszystkie koszty niezbędne do należytego wykonania zamówienia.
12. Wszystkie wymagane w niniejszym postępowaniu konkursowym oświadczenia składamy ze świadomością odpowiedzialności cywilnej i karnej za bezprawne działania czynione w celu pozyskania zamówienia.
13. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy w miejscu i terminie wskazanym przez udzielającego zamówienia.
14. Załącznikami do niniejszej oferty są:
  - a) .....
  - b) .....
  - c) .....

.....  
miejscowość, data

.....  
( podpis Oferenta)