

FORMULARZ OFERTY
Zadanie Nr 2

1. Dane o Oferencie:

A/ Pełna nazwa Oferenta

(imię i nazwisko lub nazwa firmy, numer wpisu do właściwego rejestru)

.....

.....

.....

.....

B/ Adres siedziby Oferenta (lub do korespondencji w przypadku gdy jest inny niż adres siedziby oferenta)

ul. , nr

Kod pocztowy miejscowość

Tel., fax

Regon, NIP

2. Wymagane dokumenty:

- oświadczenie Oferenta,
- dokumenty kwalifikacyjne Oferenta lub podwykonawców (kserokopie dyplomu, specjalizacji, prawo wykonywania zawodu, **aktualny** certyfikat z zakresu „Ochrona radiologiczna pacjenta” ipt.),
- aktualny wydruk z Centralnej Ewidencji i Informacji o działalności Gospodarczej lub KRS,
- aktualny wydruk Księgi Rejestrowej podmiotów wykonujących działalność leczniczą,

3. Nazwa zadania:

.....

.....

.....

4. Tryb realizacji:

.....

.....

.....

5. Minimalna liczba oraz kwalifikacje zawodowe osób które będą udzielać świadczeń zdrowotnych lub które zatrudnia Oferent do realizacji zadania, ze specjalizacją i uprawnieniami wymaganymi w zakresie przewidzianym warunkami konkursu:

Nazwa specjalizacji	Nr dyplomu	Nr prawa wykonywania zawodu

6. Proponowany czas trwania umowy:

.....

7. Proponowana kwota należność

Lp	Zakres świadczeń		Cena brutto
	1. Gotowość pod telefonem	Oferowana ilość gotowości miesięcznie itp.....	1) Stawka za 1 godz. gotowości: zł (słownie:)
	2. Nadzorowanie i opis badania w wyniku wezwania w gotowości:		2) Stawki:
	1) TK: z użyciem pompy, typu: angio-TK, politrauma, jama brzuszna i miednica w przypadku „ostrego brzucha”		1)zł (słownie:.....)
	2) TK: pozostałe		2)zł (słownie:.....)
	3) Nadzorowanie wlewu kontrastu przy badaniu TK		3)zł (słownie:.....)

..... dnia

.....
*Podpis osób uprawnionych
do składania oświadczeń woli*