

**FORMULARZ OFERTOWY****I. Dane Oferenta**

1. Nazwisko, imię Oferenta:

.....

2. Adres zamieszkania Oferenta:

województwo: .....

miejscowość: ..... kod .....

ulica ..... nr .....

3. Zarejestrowana nazwa firmy:

.....

4. Adres siedziby firmy:

województwo.....

miejscowość:..... kod .....

ulica ..... nr.....

Zarejestrowana nazwa i siedziba firmy jest zgodna z aktualnym wpisem do właściwego rejestru lub centralnej ewidencji i informacji o działalności gospodarczej.

5. Regon .....

6. NIP.....

7. Tel ..... faks .....

8. Adres e-mail do korespondencji .....

9. Numer konta.....

10. Oferent jest MŚP: TAK/NIE\*

**\* niepotrzebne skreślić****II. Dane Oferenta w celu weryfikacji w Rejestrze Sprawców Przepływów na Tle Seksualnym**

1. PESEL:.....

2. Imię Ojca:.....

3. Imię Matki:.....

4. Nazwisko Rodowe Oferenta:.....

III. Przystępując do konkursu ofert nr 1/endoskopia/2022 na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w ramach Pracowni Endoskopii Szpitala Specjalistycznego w Zabrze Sp. z o. o., oferuję wykonywanie świadczeń zdrowotnych zgodnie ze wzorem umowy za cenę jak w załączeniu:

Nazwa	Cena brutto
1. Gastroskopia diagnostyczna	
2. Gastroskopia diagnostyczna z testem urazowym	
3. Gastroskopia diagnostyczna z biopsją	
4. Kolonoskopia diagnostyczna	
5. Kolonoskopia z biopsją	
6. Endoskopowe wycięcie polipa żołądka	
7. Endoskopowe wycięcie polipa jelita grubego	
8. Wprowadzanie balona żołądkowego	
9. Usunięcie balona żołądkowego	
10. Endoskopowe opanowanie krwawienia żołądka/dwunastnicy	
11. Endoskopowe opanowanie krwawienia żołądka/dwunastnicy (na wezwanie)	
12. Protezowanie przelyku, żołądka, dwunastnicy, jelita	
13. Przezskórne endoskopowe wytworzenie przetoki żołądkowej (PGE)	
14. Opaskowanie żyłaków przelyku	
15. Endoskopowa cholangiopancreatografia wsteczna (ECPW)	

---

podpis wraz z pieczęcią osoby  
uprawnionej do reprezentowania Oferenta