

**FORMULARZ OFERTOWY**

- 1. Nazwa Oferenta: .....
- 2. Adres: .....
- 3. Numer telefonu .....
- 4. Numer fax .....
- 5. E-mail .....
- 6. NIP .....
- 7. REGON .....
- 8. Numer rachunku bankowego .....
- 9. Numer wpisu do Rejestr  
Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą) .....
- 10. Organ dokonujący wpisu .....

**Całkowita wartość planowanych badań/konsultacji wynosi:**  
**wartość brutto ..... zł**  
**(słownie .....)**

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*

....., dn. ....

.....  
(Nazwa Oferenta)

### OŚWIADCZENIE

1. Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią ogłoszenia o Konkursie Ofert oraz Materiałami Konkursowymi i nie wnoszę do nich zastrzeżeń oraz spełniam wymagania określone w pkt IVA pkt 1- 8 Materiałów Konkursowych.
2. Oświadczam, że akceptuję przedstawiony w Materiałach projekt umowy.
3. Oświadczam, że jestem związany ofertą przez okres 30 dni, licząc od dnia, w którym upływa termin składania ofert.
4. Oświadczam, że gwarantuję stałość cen jednostkowych przez cały okres realizacji umowy.
5. Oświadczam, że ceny jednostkowe brutto wskazane w Formularzu Cenowym obejmują wszystkie koszty związane z należyтым wykonaniem przedmiotu zamówienia i nie będzie mi przysługiwało żadne dodatkowe lub uzupełniające wynagrodzenie z tytułu realizacji umowy.
6. Oświadczam, że znajduję się w sytuacji finansowej gwarantującej wykonanie przedmiotu zamówienia.
7. Oświadczam, że posiadam ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej w zakresie świadczonych usług oraz zobowiązuję się do kontynuacji ww. ubezpieczenia na okres trwania umowy.
8. Oświadczam, że za wyjątkiem dokumentów zawartych w ofercie na stronach nr ....., oferta oraz wszelkie oświadczenia są jawne i nie zawierają informacji stanowiących tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.
9. Oświadczam, że wypełniłem obowiązki informacyjne przewidziane w art. 13 lub art. 14 RODO<sup>1</sup> wobec osób fizycznych, od których dane osobowe bezpośrednio lub pośrednio pozyskałem w celu ubiegania się o udzielenie zamówienia publicznego w niniejszym postępowaniu<sup>2</sup>.

.....  
(Podpis Oferenta)

---

<sup>1</sup> Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

<sup>2</sup> W przypadku gdy wykonawca nie przekazuje danych osobowych innych niż bezpośrednio jego dotyczących lub zachodzi wyłączenie stosowania obowiązku informacyjnego, stosownie do art. 13 ust. 4 lub art. 14 ust. 5 RODO treści oświadczenia wykonawca nie składa (usunięcie treści oświadczenia np. przez jego wykreślenie).

**FORMULARZ CENOWY****Pakiet nr 1**

TOMOGRAFIA KOMPUTEROWA – tryb cito ( całodobowa realizacja badań)

<b>Lp.</b>	<b>Nazwa badania/konsultacji</b>	<b>Planowana liczba badań/konsultacji</b>	<b>Cena jednostkowa brutto 1 badania/konsultacji</b>	<b>Wartość brutto ogółem wszystkich badań/konsultacji</b>
1.	TK: badanie głowy - bez środka kontrastowego	15		
2.	TK: badanie głowy - bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	10		
3.	TK: badanie innej okolicy anatomicznej - bez środka kontrastowego	15		
4.	TK: innej okolicy anatomicznej bez i ze środkiem kontrastowym (łącznie)	15		
5.	TK: badanie dwóch lub więcej okolic anatomicznych bez i z środkiem kontrastowym (łącznie)	10		
6.	TK: angiografia (z wyłączeniem angiografii tt. wieńcowych)	40		
7.	TK: badania wielofazowe innej okolicy anatomicznej (obejmuje badanie podstawowe bez środka kontrastowego i nie mniej niż dwie fazy ze środkiem kontrastowym )	10		
<b>Wartość badań/konsultacji ogółem</b>				

**Wartość brutto badań/konsultacji ogółem wynosi:**  
**(kwota brutto słownie .....**)

Dni i godziny udzielania świadczeń zdrowotnych:

<b>Dni udzielania świadczeń zdrowotnych</b>	<b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych</b>
Poniedziałek	całodobowo
Wtorek	całodobowo

Środa	całodobowo
Czwartek	całodobowo
Piątek	całodobowo
Sobota	całodobowo
Niedziela	całodobowo

Świadczenia zdrowotne udzielane będą całodobowo.

Świadczenia zdrowotne wykonywane będą w siedzibie Oferenta: .....  
.....  
(adres miejsca udzielania świadczeń)

Odległość miejsca udzielania świadczeń od siedziby Udzielającego zamówienia (w km) wynosi: ....

Nr telefonu kontaktowego w celu ustalenia terminu badania/konsultacji: .....

.....  
*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta*