**Załącznik nr** **1**

do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert

**FORMULARZ OFERTOWY**

NAZWA  
OFERENTA …………………………………………………………………………………..

ADRES

OFERENTA …………………………………………………………………………………...

NUMER

TELEFONU ……………………………………………………………………………………

ADRES

E- MAIL ……………………………………………………………………………………

**Odpowiadając na zaproszenie do wzięcia udziału w konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarzy dla Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego   
w Zakopanem, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.**

1. Oferujemy wykonanie zamówienia za cenę (podać 100% stawki):

Tabela 1.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Rodzaj badania | Przewidywana ilość opisów badań  w okresie obowiązywania umowy | Cena (brutto) za  1opis badania | Wartość |
| TK (głowy, kręgosłupa, pozostałe kostne, jamy brzusznej, miednicy małej, szyi, klatki piersiowej, angio) | 4.900 |  |  |
| RTG (ilość opisów badań | 300 |  |  |
| Wartość | | |  |

………………………………………..

data i podpis Oferenta