**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 z zakresu teleradiologii 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 opisywane w trybie nagłym | 3.000 |  |  |
| TK Angio opisywane w trybie nagłym | 450 |  |  |
| TK opisywane w trybie Pilnym | 40 |  |  |
| TK Angio opisywane w trybie Pilnym | 40 |  |  |
| TK opisywane w trybie Planowym | 10 |  |  |
| TK Angio opisywane w trybie Planowym | 10 |  |  |
| RTG opisywane w trybie Pilnym | 200 |  |  |
| RTG opisywane w trybie Planowym | 100 |  |  |
| Wartość | | |  |

………………………………………..

data i podpis Oferenta