Załącznik nr 2 do SWKO

**Dane Udzielającego Zamówienia**:

**Samodzielny Publiczny Zespół Zakładów Opieki Zdrowotnej**

**ul. Armii Krajowej 2/4**

**05-800 Pruszków**

**FORMULARZ OFERTOWO-CENOWY na**

**Interpretacja i opis zdalny badań tomografii komputerowej (TK) w systemie teleradiologii dla pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej w Pruszkowie**

**I. Dane Przyjmującego Zamówienie/Oferenta**

Nazwa oferenta:

Adres siedziby:

Numer telefonu, faks:

e-mail:

Numer konta bankowego:

REGON: NIP:

Numer KRS/numer wpisu do ewidencji

Numer telefonu

Osoba kontaktowa w sprawie wykonywania świadczeń:

Proponujemy następujące warunki wykonywania świadczeń:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj świadczenia | Szacunkowa liczba badań rocznie | Cena jednostkowa za badanie, brutto | Ogółem kwota zamówienia brutto -2 lata |
|  |  |  |  |  |

Wartość brutto opisu badań na okres 24 miesięcy wynosi: .........................zł brutto(słownie……………………………………………………………………………………………………………………………)

1. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią ogłoszenia.
2. Oświadczam, że zapoznałam/em się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert i nie wnoszę w tym zakresie żadnych uwag.
3. Oświadczam, że zapoznałam/em się z treścią umów na udzielenie świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem zamówienia i wyrażam zgodę na ich zawarcie w tym brzmieniu w przypadku wyboru mojej oferty.
4. Oświadczam, że jestem związana/y ofertą przez okres 30 dni od dnia upływu terminu składania ofert.
5. Oświadczam, że wszystkie złożone dokumenty są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
6. Oświadczam, iż posiadam doświadczenie zawodowe niezbędne do świadczenia usług w zakresie niniejszego postępowania oraz zatrudniam personel medyczny posiadający odpowiednie kwalifikacje.

................................................... ..........................................

miejscowość i data

Podpis i pieczątka upoważnionego przedstawiciela Oferenta