

FORMULARZ CENOWY

Deklaruję realizację zamówienia na niżej wymienione usługi zdrowotne za wynagrodzeniem w wysokości:

BADANIA EMG :

1. PRZEWODZENIE RUCHOWO- CZUCIOWE W NERWACH

2. BADANIE MIĘŚNI

| Przedmiot | Ilość | Cena jedn. netto | Wartość netto | VAT % | Wartość brutto |
|--|-------|------------------|---------------|-------|----------------|
| Badania EMG: | | | | | |
| 1. Przewodzenie ruchowo- czuciowe w nerwach | 500 | | | | |
| 2. Badanie mięśni | 100 | | | | |
| Wartość całkowita | | | | | |

- Podane ilości mają charakter szacunkowy i mogą ulec zmniejszeniu bez uzasadnienia Udzielającego zamówienia.
- W przypadku zaistnienia konieczności zlecenia innych badań niż w przedmiocie zamówienia a objętych działalnością Oferenta Udzielający zamówienia może zlecić wykonanie tych świadczeń w sytuacjach zagrożenia zdrowia i życia pacjenta. Za zlecone świadczenia Udzielający zamówienia zapłaci cenę zgodną z cennikiem Przyjmującego zamówienie.*
- Termin realizacji zamówienia: od dnia podpisania umowy do 09 stycznia 2020 r.
- Warunki wymagane od Oferentów:
 - Dysponowanie osobami posiadającymi kwalifikacje i uprawnienia do świadczenia usług będących przedmiotem konkursu
 - Dysponowanie pomieszczeniami i urządzeniami spełniającymi wymogi określone odrębnymi przepisami prawa.
 - Posiadanie dla aparatury i sprzętu medycznego wykorzystywanego do udzielania świadczeń dokumentów potwierdzających dokonanie aktualnych przeglądów technicznych dokonanych przez uprawnione podmioty.
 - Posiadanie polisy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej, zgodnie z § 2 projektu umowy.
- Proponuję udzielanie świadczeń w następujące dni tygodnia:.....
..... w godzinach od do
- Sposób odbioru wyników badań:
 - dla pacjentów hospitalizowanych:
 - wyniki badań wydawane będą następnego dnia po wykonaniu badania osobie upoważnionej przez Udzielającego zamówienia,
 - dla pacjentów kierowanych z poradni specjalistycznych Udzielającego Zamówienia:
 - wyniki badań wydawane będą pacjentowi po upływie 7 dni od daty wykonania badań
- Proponuję dodatkowe wymogi realizacji świadczeń zdrowotnych.....
.....
- Oświadczam, że w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach określonych w projekcie umowy stanowiącym załącznik nr 5 Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 15/DO/12/2016 na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań EMG: przewodzenie ruchowo- czuciowe w nerwach; badanie mięśni.
- Oświadczam, że termin związania ofertą wynosi 30 dni od upływu terminu składania ofert.
- Oświadczam, że zapoznałem/am/ się z treścią ogłoszenia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- Oświadczam, że zapoznałem /am/ się z treścią Warunków szczegółowych postępowania konkursowego nr 15/DO/12/2016 na świadczenia zdrowotne w zakresie wykonywania badań EMG : przewodzenie ruchowo- czuciowe w nerwach; badanie mięśni.

.....
data

.....
czytelny podpis Oferenta

* Prosimy o złożenie wraz z ofertą cennika udzielanych świadczeń zdrowotnych.