***Załącznik Nr 1***

**OFERTA**

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej, składam niniejszą ofertę na:

…………………………………………………………………………………………………………

**DANE O OFERENCIE:**

Pełna nazwa Oferenta:

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

Siedziba Oferenta:

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

Telefon kontaktowy ………………………………… fax ……………………………..

e-mail …………………………………………..

NIP: ........................................................

REGON: .................................................

Nr wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpis:

……..…………………………..……….……………………………………..……………………

Nazwa banku Oferenta: ..................................................

# nr konta bankowego Oferenta: ..................................................

1. Oświadczam, że zapoznałem/ am się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi warunkami konkursu ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Uważam się związany/a złożoną ofertą przez okres 30 dni.
3. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty oraz oświadczenia jako załączniki:
4. .............................................................................................
5. ...............................................................................................
6. ...............................................................................................
7. ...............................................................................................

………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej
do reprezentowania Oferenta)

…………………………………………..

 miejscowość i data

***Załącznik Nr 2***

**WARUNKI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

1. Liczba osób udzielających świadczenia:

…………………………………………………………………..

1. Kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń:

…………………………………………………………………..

1. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej (numer polisy, zakład ubezpieczający, okres obowiązywania polisy, w przypadku, gdy polisa nie obejmuje całego okresu realizacji umowy niezbędne jest oświadczenie o jej przedłużeniu)

…………………………………………………………………..

1. Inne:

…………………………………………………………………..

………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej
do reprezentowania Oferenta)

…………………………………………..

 miejscowość i data

***Załącznik Nr 3***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj badania** | **Przewidywana ilość badań w okresie 36 m-cy** | **Cena jednostkowa netto w zł** | **Cena jednostkowa brutto w zł** | **Wartość brutto w zł (III x V)** | **Maksymalny czas oczekiwania na opis\*** |
| **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** | **VI** | **VII** |
| **1.** | Badanie TK w trybie planowym  | **2916** |  |  |  |  |
| **2.** | Badanie TK w trybie cito | **146** |  |  |  |  |
| **3.** | Badanie MR w trybie planowym  | **1998** |  |  |  |  |
| **4** | Badanie MR w trybie cito | **100** |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |

\* Czas oczekiwania na wynik musi być realny i nie może być dłuższy niż wskazany w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.