**Formularz ofertowy**

do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych  
w Megrez Sp. z o.o.

Tychy dnia, …………….2024 r.

**Megrez Sp. z o.o.**

**ul. Edukacji 102**

**43-100 Tychy**

**OFERTA**

**na świadczenie usług medycznych w formie teleradiologii przez lekarzy specjalistów z**

**dziedziny radiologii i diagnostyki w Megrez Sp. z o.o. ul. Edukacji 102, 43-100 Tychy**

**Dane Oferenta:**

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

(imię i nazwisko/nazwa Oferenta)

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

(adres/adres siedziby Oferenta)

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

( REGON ) ( NIP )

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

( telefon ) ( e-mail )

##### WARTOŚĆ OFERTY

Wartość brutto całej oferty wynosi .....................................zł

(słownie:...………….......................................................................................................................)

ustalona na podstawie niżej wymienionych cen jednostkowych zawartych w formularzu cenowym.

………………………………………………………………..

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej do podpisania i złożenia oferty)

**Formularz cenowy**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj opisu badania** | **Szacunkowa ilość opisów badań wykonanych w okresie trwania umowy (12 miesięcy) służąca do obliczenia wartości oferty\*** | **Cena jednostkowa brutto [zł]** | **Wartość brutto [zł]** |
| **1** | **Opis badania RTG w trybie planowym** | **100** |  |  |
| **2** | **Opis badania RTG w trybie pilnym** | **200** |  |  |
| **3** | **Opis badania RTG w trybie CITO-CITO** | **1200** |  |  |
| **4** | **Opis badania TK w trybie planowym** | **50** |  |  |
| **5** | **Opis badania TK w trybie pilnym** | **50** |  |  |
| **6** | **Opis badania TK w trybie CITO-CITO** | **2200** |  |  |
| **7** | **Opis badania MR w trybie planowym** | **800** |  |  |
| **8** | **Opis badania MR w trybie pilnym** | **200** |  |  |
| **9** | **Opis badania TK porównawczego/onkologicznego**  **w trybie planowym** | **10** |  |  |
| **10** | **Opis badania TK porównawczego/onkologicznego**  **w trybie pilnym** | **10** |  |  |
| **11** | **Opis badania TK porównawczego/onkologicznego**  **w trybie cito-cito** | **60** |  |  |
| **12** | **Opis badania TK angio w trybie planowym** | **10** |  |  |
| **13** | **Opis badania TK angio w trybie pilnym** | **10** |  |  |
| **14** | **Opis badania TK angio w trybie cito-cito** | **100** |  |  |
| **RAZEM WARTOŚĆ** | | | |  |

\* Poniższa szacunkowa ilość badań dokonana jest na potrzeby obliczenia wartości umowy brutto  
 i w żadnym wypadku nie ogranicza Udzielającego zamówienia w dowolnym kształtowaniu ilości zleceń wykonania opisów badań.

podpis osoby upoważnionej