

.....data

OFERTA KONKURSOWA

Nazwa Oferenta.....

Adres.....

Tel./faks.....

Adres mailowy.....

NIP.....

REGON.....

Miejsce wykonywania świadczeń.....

Osobami uprawnionymi do podpisania umowy są:.....

Imię, nazwisko oraz numer telefonu osoby uprawnionej do kontaktów sprawach związanych z ofertą.....

Proponujemy następujące warunki wykonywania badań diagnostycznych:

Nr pakietu	Rodzaj badania	Szacunkowa liczba badań w okresie trwania umowy	Cena jednostkowa badania brutto	Ogółem kwota brutto	Czas oczekiwania na badanie	Czas oczekiwania na wynik	Dostępność (dni i godziny)
I	EMG - mięsień Iglą	150					
I	EMG mięśni - badanie ilościowe	150					
I	EMG nerwów - latencja ruchowa w nerwie	1830					
I	EMG nerwów - przewodzenie we włóknach czuciowych z 1 pkt.	1614					
I	EMG nerwów - przewodzenie we włóknach ruchowych - mięsień długi	1830					
I	EMG ocena czynności spoczynkowej mięśnia	150					

I	Próba tężyczkowa	60					
I	Próba miasteniczna	60					
	Ogółem EMG, próba tężyczkowa, próba miasteniczna	x	x		x	x	x
II	USG gałki ocznej (obu oczu)	300					

Informacja dodatkowa: Szacunkowe ilości poszczególnych badań podane w niniejszym wykazie służą tylko do wyliczenia wartości ofertowej, dla porównania ofert i nie mogą być podstawą jakichkolwiek roszczeń wybranego Przyjmującemu zamówienie w stosunku do Udzielającego zamówienia.

2. Oświadczam, że zapoznałem się ze szczegółowymi warunkami konkursu ofert na udzielenie zamówienia na wykonywanie badań diagnostycznych dla pacjentów SPZZLO Warszawa-Żoliborz, nie zgłaszam zastrzeżeń do przedstawionych warunków konkursu ofert i uznaję się związany określonymi w nich postanowieniami.
3. Oświadczam, że zapoznałem się ze wzorem umowy, który stanowi załącznik nr 4 do Zarządzenia. Akceptuję wzór umowy i zobowiązuję się, w przypadku wyboru naszej oferty do jej zawarcia.
4. Oświadczam, że posiadamy odpowiednią do przeprowadzania badań bazę lokalową.
5. Załączniki do niniejszej oferty:
 - 1) Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą (wpis do rejestru podmiotów leczniczych prowadzony przez Wojewodę).
 - 2) Dokument potwierdzający sposób reprezentowania podmiotu (KRS; umowa spółki; wpis do ewidencji działalności gospodarczej w przypadku posiadania wpisu do ewidencji CEIDG lub KRS wystarczy kopia wydruku CEIDG/KRS).
 - 3) Obowiązujący statut, jeżeli jego posiadanie jest wymagane.
 - 4) Umowa obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej za szkody wyrządzone w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach zawartej z Udzielającym zamówienia umowy, w tym w zakresie odpowiedzialności cywilnej z tytułu przeniesienia chorób zakaźnych (również wirusem HIV), na okres ich udzielania, na zasadach określonych w odrębnych przepisach lub pisemne zobowiązanie Przyjmującego zamówienie do zawarcia umowy ubezpieczenia nie później niż w dniu zawarcia umowy.
 - 5) Wykaz wyposażenia w sprzęt i aparaturę spełniającą wymagane przepisami prawa wymogi (związany z oferowanymi badaniami).
 - 6) Certyfikaty jakości.
 - 7) Oświadczenie, że oferent zapoznał się z projektem umowy oraz SWKO i nie zgłasza żadnych zastrzeżeń.
 - 8) Oświadczenie o spełnianiu wymaganych kwalifikacji zawodowych wraz z wykazem osób wykonujących zamówienie i numerem prawa wykonywania zawodu.
 - 9) Inne:.....

.....
Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Przyjmującemu zamówienie