



Województwo
Śląskie



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2
W BYTOMIU

Załącznik nr 1

FORMULARZ OFERTOWY

na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji wykonywanych na rzecz pacjentów Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Bytomiu

I. Dane o Oferencie:

1. Pełna nazwa:.....
2. Adres:
miejscowośćkod pocztowy.....
ul., nr lokalu,
Tel/fax.
email..... www.....
Nazwa i numer konta bankowego
3. Numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność
lecniczą.....
4. NIP.....
5. Regon.....
6. KRS.....

II. Składam ofertę na udzielanie następujących świadczeń (wypełnić właściwe), za cenę:



Lp.	Rodzaj badania	Szacunkowa liczba badań	Cena jedn. netto	Wartość netto	% VAT	Wartość brutto
1.	Pakiet I Badanie immunohistochemiczne	40				
2.	Pakiet II Konsultacja preparatów histopatologicznych w celu ustalenia rozpoznania	15				
3.	Pakiet III Badanie śródoperacyjne	60				
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA:						

III. Wyposażenie w aparaturę medyczną / sprzęt:

.....
.....

IV. Wskazanie osób odpowiedzialnych za realizację zamówienia z podaniem nr telefonu, na który składane będą zlecenia na wykonywanie wskazanego badania śródoperacyjnego.

.....
.....



Województwo
Śląskie



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2
W BYTOMIU

.....

V. Oświadczenie Oferenta:

Przystępując do postępowania o udzielenie zamówienie na świadczenia zdrowotne oświadczam, że dysponuję n/w personelem zdolnym do należytego wykonania przedmiotu zamówienia, tj.: posiadającym odpowiednie wykształcenie, doświadczenie i kwalifikacje zawodowe, zgodnie z obowiązującymi przepisami.

Lp.	Nazwisko i imię	Stanowisko	Posiadane kwalifikacje i uprawnienia
1.			
2.			
3.			
4.			

- oświadczam, że zapoznałem się i akceptuję treść ogłoszenia i szczegółowe warunki zamówienia,
- oświadczam, że uważam się za związanego niniejszą ofertą na okres 30 dni od terminu składania oferty wskazanego w ogłoszeniu o postępowaniu,
- oświadczam, że w razie wyboru przedstawionej oferty zobowiązuję się do zawarcia umowy na warunkach określonych w ofercie i wg wzoru przedstawionego przez Zamawiającego,
- oświadczam, że uznaję prawo Narodowego Funduszu Zdrowia do przeprowadzenia kontroli na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 roku o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2025 r. poz. 1461 z późn. zm.).

podpis Oferenta

.....



Województwo
Śląskie



SZPITAL SPECJALISTYCZNY NR 2
W BYTOMIU