

FORMULARZ OFERTOWY

W ZAPYTANIU OFERTOWYM NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

W ZAKRESIE TELERADIOLOGII POLEGAJĄCEJ NA OPISYWANIU BADAŃ OBRAZOWYCH WYKONANYCH PRZEZ SZPITAL I PRZEKAZYWANYCH W DRODZE TRANSMISJI DANYCH DO PRZYJMĄCEGO ZAMÓWIENIE ORAZ ZWROTNYM PRZEKAZANIU TĄ DROGĄ WYKONANYCH OPISÓW BADAŃ

I. Dane o Przyjmującym zamówienie

Pełna nazwa:

.....

REGON NIP

Adres do korespondencji:

ul.

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

ul.

Kod pocztowy: Miejscowość:

Tel. e-mail

Nazwa organu rejestrującego i numer wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą:

.....

Nr wpisu do KRS lub ewidencji działalności gospodarczej

.....

II. Oferta cenowa

Lp.	Rodzaj badania	Maksymalny czas wykonania badania	Ilość badań na 36 mc lub wyczerpania ilości	Cena jednostkowa brutto	Wartość brutto
Opis badania RTG					
1.	<u>Zwykłe</u> : jednej okolicy anatomicznej (np. głowa, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kończyny)	Do 24 godzin od momentu przekazania	180		
2.	<u>Nagły</u> : jednej okolicy anatomicznej (np. głowa, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kończyny)	Do 1 godziny od momentu przekazania	360		

Opis badania TK					
3.	Zwykłe: jednej okolicy anatomicznej (np. głowa, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kończyny)	Do 24 godzin od momentu przekazania	360		
4.	Nagły: jednej okolicy anatomicznej (np. głowa, klatka piersiowa, jama brzuszna, miednica, kończyny)	Do 1 godziny od momentu przekazania	1440		
RAZEM					

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć, podpis Przyjmującego zamówienie)