

**FORMULARZ OFERTY
PK 43/2021**

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....
.....

2. Adres Oferenta:

ul. nr kod pocztowy miejscowość

3. Dane kontaktowe:

tel. mail: NIP

REGON KRS Nr Ks. Rej.

II. Oferowana cena przedmiotowych badań diagnostycznych:

Lp	Nazwa badania	Cena jednostkowa badania brutto	Czas oczekiwania na wynik badania (ze względu na terminowy charakter diagnostyki – wynik od 4 do 5 dni roboczych)
1.	Scyntygrafia		
2.	Tomografia emisyjna (PET TK)		
3.	Angio TK		
4.	Angio MR		

(Udzielający Zamówienie wymaga wyszczególnienia badań w poszczególnych grupach)

III. Oferowany czas trwania umowy to miesięcy, preferowany to 36 miesięcy.

IV. Oferuję termin płatności 21 dni, od dnia otrzymania faktury VAT przez Wojewódzki Szpital Specjalistyczny Nr 5 im. św. Barbary w Sosnowcu.

V. Oferowany sposób realizacji przedmiotu umowy:

Nazwa i adres pracowni	dni wykonywania badań	godziny wykonywania badań	Uwagi

VI. Oferta dodatkowa:

1. Oferuję dodatkowo ponad wymagany standard określony w Materiałach Informacyjnych:

.....

2. Inne składniki oferty:

.....

.....

.....
pieczęćka i podpis