

FORMULARZ OFERTY

PK 11/DOZ/2022

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. Łączna wartość zamówienia brutto (za okres 6 miesięcy)
(słownie:.....).

III. Ryczałt miesięczny za realizację badań rezonansu magnetycznego: zł brutto
miesięcznie (słownie:).

IV. Oferowana cena za 1m² najmu powierzchni do prowadzenia działalności określonej umową:
.....zł brutto (słownie:.....).
Oferowana cena za 1 m² nie może wynosić mniej niż 83,00 zł brutto (słownie: osiemdziesiąt trzy złote brutto)

V. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem
wynoszące:lat.

VI. Oświadczam, że posiadam certyfikatów potwierdzających wdrożenie norm jakościowych.

VII. Oświadczam, iż posiadam sprzęt niezbędny do realizacji przedmiotu konkursu ofert - załącznik nr 7 do SWKO.

VIII. Szacunkową liczbę badań określa zał. Nr 1a do SWKO.

.....
pieczętka i podpis oferenta