

**Załącznik nr 2 do Szczegółowych Warunków Konkursu Ofert nr SPZOZ/ŚZ/7/2018 –
FORMULARZ CENOWY**

.....
(nazwa i pieczęć oferenta)

Nawiązując do ogłoszonego konkursu nr **SPZOZ/ŚZ/7/2018** na: **wykonywanie świadczeń zdrowotnych w postaci badań rezonansu magnetycznego na rzecz pacjentów hospitalizowanych w Szpitalu Specjalistycznym SP ZOZ w Sanoku.**

składam ofertę na wykonywanie świadczeń zdrowotnych jak poniżej i proponuję:

- a) badanie MR głowy bez środka kontrastowego -zł.
słownie
- b) badanie MR innej okolicy anatomicznej bez środka kontrastowego -zł.
słownie
- c) angiografia MR bez środka kontrastowego -zł.
słownie
- d) badanie MR głowy ze środkiem kontrastowym -zł.
słownie
- e) badanie MR innej okolicy anatomicznej ze środkiem kontrastowymzł.
słownie
- f) badanie MR dwóch odcinków kręgosłupa -zł.
słownie
- g) badanie MR dwóch okolic anatomicznych innych niż odcinki kręgosłupa -
.....zł. słownie
- h) angiografia MR ze środkiem kontrastowym-zł.
słownie
- i) spektroskopia MR-zł. słownie

CENA RAZEM: pozycje a- i - zł
(słownie :.....)

Przewidywana ilość badań miesięcznie spośród pozycji (a-i): 40-65, w zależności od potrzeb

2. Odległość w km odległość pomiędzy siedzibami udzielającego i przyjmującego zamówienie (Pracownia Rezonansu Magnetycznego) - km

3. Proponuję termin płatności (minimum 30 dni):.....dni od otrzymania faktury VAT

....., dnia

.....
Pieczęć i podpis Oferenta