*Załącznik nr 1 do Regulaminu*

**FORMULARZ OFERTOWY**

.........................................................................................

Nazwa podmiotu (zgodnie z wpisem do właściwego rejestru)

...............................................................................................

Adres podmiotu

..............................................................................................

Rodzaj rejestru, NIP

**Oferta**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Niniejszym składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz pacjentów Szpitala Powiatowego w Chrzanowie w zakresie:

**Pakiet 1:**

* opisywania badań TK, przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii

**Pakiet 2:**

* opisywania badań RTG, przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365/366 dni w roku drogą teleradiologii

**Za realizację zamówienia oczekuję wynagrodzenia w kwocie*:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pakiet** | **Rodzaj świadczenia- opis badań drogą teleradiologii** | **Oferowana przez Przyjmującego zamówienie cena jednego świadczenia (brutto**) |
| **1** | TK –pilne do 2h | ……. zł |
| TK – planowe do 48h | ……. zł |
| **2** | RTG – pilne do 2h | …… zł |
| RTG – planowe do 72h | …… zł |

……………………………...

Pieczątka i podpis