

**FORMULARZ OFERTOWY (\*)**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Identyfikator Nr REGON: .....		NIP .....
Nazwa (wg posiadanego rejestru)		..... .....
Adres, kod pocztowy, tel., e-mail		.....
Nazwa banku Nr konta		..... .....
KRS		
Numer wpisu do	Rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą	
	Rejestru laboratoriów prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych	
Miejsce udzielenia świadczeń (adres, telefon)		..... ..... .....

DOSTĘPNOŚĆ	
Dzień tygodnia	Godziny udzielania świadczeń (od ÷ do)
Poniedziałek	
Wtorek	
Środa	
Czwartek	
Piątek	
Sobota	
Niedziela	
Inne informacje mające bezpośredni wpływ na ciągłość i dostępność świadczeń	

KWALIFIKACJE i doświadczenie zawodowe osób realizujących świadczenia zdrowotne, (należy dołączyć kserokopie dokumentów)	
Lp.	Nazwisko i imię Określenie kwalifikacji
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	
7.	
8.	
9.	

.....  
(podpis oferenta)

**ZAŁĄCZNIKI DO FORMULARZA OFERTOWEGO:**

- 1) **Oferta Cenowa**
- 2) Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą / zaświadczenie o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą<sup>(\*)</sup>
- 3) Aktualny odpis z właściwego rejestru KRS
- 4) Wyciąg Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej
- 5) wpis do ewidencji Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych lub informacja o numerze wpisu do ewidencji.
- 6) Dyplomy potwierdzające kwalifikacje zawodowe osób realizujących świadczenia zdrowotne
- 7) Polisa ubezpieczeniowa / oświadczenie o dostarczeniu najpóźniej w dniu podpisania umowy
- 8) Certyfikaty/dyplomy ukończenia kursów specjalistycznych
- 9) Aktualne badanie lekarskie *lub oświadczenie, iż cały personel wykazany do realizacji przedmiotu umowy posiada aktualne badania lekarskie, zgodnie z wymogami określonymi w oddzielnych przepisach..*
- 10) cd. listy osób realizujących świadczenia zdrowotne *(jedynie w przypadku liczby większej, niż podana w formularzu).*
- 11) .....

(\*) zapisy zawarte w formularzu, a nie dotyczące oferenta należy skreślić  
(\*\*) dopisać inne, nie wymienione wyżej a dołączone do oferty dokumenty.



*(pieczęć firmowa Oferenta)*

OFERTA CENOWA - Badania histopatologiczne						
Lp.	Nazwa badania	Szacunkowa liczba badań w okresie 24 miesięcy	Cena jednostkowa netto	Razem cena netto	VAT	Razem cena brutto
1.	Histopatologiczne badanie biopsyjne – podstawowe	53 000				
2.	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa	3 460				
3.	Badanie cytologiczne - ginekologiczne	1 860				
4.	Biopsja gruboigłowa nerki i wątroby, piersi, trepanobiopsja szpiku i rozrostów nowotworowych węzłów chłonnych	1320				
5.	Ocena histopatologiczna preparatu wykonanego poza siedzibą Oferenta	20				
6.	Ocena badania cytologicznego wykonanego przez Zamawiającego	20				
7.	Badanie immunohistochemiczne	4000				
8.	Wykonanie i ocena preparatu HER2	300				
9.	Barwienie na obecność Helicobakter pylori	400				
10.	Wykonanie i ocena cytologii pozaginekologicznej	700				
11.	Badanie popłodu	40				
12.	Amplifikacja genu HER-2 metodą FISZ	60				
13.	Oznaczenie hr-HPV DNA BD Onclarity	100				
<b>Razem koszt brutto :</b>						

.....  
(podpis oferenta)

