

**OFERTA  
NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Przedmiot konkursu: *Badania patomorfologiczne*

**Udzielający zamówienia:**

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Krakowie 31-913 Kraków os. Na Skarpie 66

Adres: 31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66

tel. (12) 62 29 467 , fax. (12) 644 01 44 ;

REGON: 000630161 ; NIP: 678 26 80 -028 ; KRS: 0000035552

Adres internetowy: [www.zeromski-szpital.pl](http://www.zeromski-szpital.pl)

e-mail: [dop@zeromski-szpital.pl](mailto:dop@zeromski-szpital.pl)

**Dane o Oferencie\*)**

Część A

nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą .....

siedziba: ul. .... nr .....kod: .....

miejsowość .....

nr wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej .....

NIP.....

...

REGON.....

numer telefonu .....

fax .....

Część B

imię i nazwisko .....

adres: kod ..... miejscowość .....

ulica.....nr.....

PESEL ..... NIP .....

REGON.....

numer telefonu .....

fax .....

1. Zobowiązuję się do udzielania świadczeń będących przedmiotem niniejszego konkursu na zasadach określonych w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i materiałach informacyjnych o przedmiocie konkursu, w terminie **od 01.04.2017 do 31.03.2020 roku**.

2. Sekcja zwłok wykonywana będzie (podać adres) .....

Pomieszczenia, w których wykonywana będzie sekcja zwłok spełniają obowiązujące przepisy i będą pod stałym nadzorem Inspekcji Sanitarnej.

3. Oferuję wykonywanie przedmiotu niniejszego konkursu za wynagrodzenie w wysokości określonej w poniższej tabeli:

Poz.	Nazwa badania	Planowana liczba badań w okresie 36 miesięcy	Cena jednostkowa netto PLN	Cena netto PLN	Stawka VAT	Cena brutto PLN
<i>a</i>	<i>b</i>	<i>c</i>	<i>d</i>	<i>e=cxd</i>	<i>f</i>	<i>g=exf</i>
1	Badanie histopatologiczne płynów ustrojowych jedna kostka parafinowa	49 320				
2	Badanie cytologiczne metodą cienkoigłową (BAC)	1 080				
3	Barwienie dodatkowe	360				
4	Badanie IHC	2 520				
5	Badanie śródoperacyjne metodą intra	180				
6	Sekcja zwłok	108				
<b>RAZEM:</b>						

Podpis(y):

I.p.	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)		
2)		

**\*) Oferent wpisuje / załącza odpowiednio**

Część A – odnosi się do Oferentów będących podmiotami wykonującymi działalność leczniczą

Część B - odnosi się do osób fizycznych legitymujących się nabyciem fachowych kwalifikacji do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie będącym przedmiotem konkursu ofert.