Formularz ofertowy do konkursu ofert  
**Świadczenie usług z zakresu teleradiologii**

Dane oferenta:

* Nazwa firmy:
* Adres:
* NIP:
* REGON:
* KRS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Badania TK** | **PLANOWE** 5 dni roboczych | **PILNE**  48 h | **CITO**  60 min |
| TK głowy / zatok / oczodołów | zł | zł | zł |
| TK kości / stawy / kręgosłup / ortopedyczne | zł | zł | zł |
| TK szyi / krtani / piramid / nosogardzieli | zł | zł | zł |
| TK klatki piersiowej lub j. brzusznej / miednicy | zł | zł | zł |
| TK badanie dwóch okolic anatomicznych | zł | zł | zł |
| TK trzy lub więcej okolic anatomicznych / politrauma | zł | zł | zł |
| Angiografia jednej okolicy anatomicznej | zł | zł | zł |
| KardioCT, angiografia tt wieńcowych, wirtualna kolonoskopia | zł | zł | zł |

**Badania RTG**

**1 okolica w trybie planowym** do 5 dni roboczych – …………………. zł  
**1 okolica w trybie pilnym** do 48 godzin – …………………. zł  
**1 okolica w trybie cito** do 1 godziny – …………………. zł

Zapoznałem/łam się z dokumentami dotyczącymi niniejszego konkursu ofert i akceptuję ich treść nie wnosząc żadnych zastrzeżeń.

Podpis elektroniczny oferenta