Załącznik nr 3

*(pieczęć oferenta)*

**OFERTA CENOWA**

W odpowiedzi na ogłoszony przez SP ZOZ w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29 konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań tomografii komputerowej w przypadku awarii sprzętu Udzielającego Zamówienie – przedstawiam ofertę wykonywania badań, będących przedmiotem konkursu za cenę:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Prognozowana ilość badań na okres 12 miesięcy\*** | **Cena jednostkowa**  (brutto w PLN) | **Suma**  (brutto w PLN) |
| 1. | **TK głowy** bez środka kontrastowego | 30 |  |  |
| 2. | **TK głowy**bez i ze środkiem kontrastowym | 20 |  |  |
| 3. | **TK innej okolicy anatomicznej** bez środka kontrastowego | 50 |  |  |
| 4. | **TK innej okolicy anatomicznej** bez i ze środkiem kontrastowym | 30 |  |  |
| 5. | **TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych** bez środka kontrastowego | 10 |  |  |
| 6. | **TK dwóch lub więcej okolic anatomicznych** bez i ze środkiem kontrastowym | 10 |  |  |
| 7. | **Badanie angiografia (z wyłączeniem angiografii tt.wieńcowych)** | 5 |  |  |
| 8. | **Inne ( nie ujęte w pkt. 1-7)** | 5 |  |  |
| **Łącznie:** | | | |  |

\* Udzielający Zamówienia zastrzega sobie prawo do odstępstwa od ilości wykonanych badań.

\_ (imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej