

FORMULARZ CENOWY

Dotyczy: konkursu ofert na wykonywanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, immunohistochemicznych, cytologicznych, cytologii ginekologicznej, śródoperacyjnych, molekularnych oraz konsultacji

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa:

.....

2. Adres i numer telefonu / fax:

.....

1. Kryterium: CENA

Lp.	Rodzja badania	Szacunkowa liczba badań (na 24-m-cy)	Cena jedn. Brutto	Wartość brutto(w zł)
1.	Badanie histopatologiczne (1bloczek)	57 000		
2.	Badanie immunohistochemiczne (1 barwienie)	3 600		
3.	Cytologia (1 preparat)	250		
4.	Badanie śródoperacyjne	120		
5.	Badanie cytologii ginekologicznej	2 100		
6.	Badania molekularne (BRCA1BRCA2 test NGS mutacje somatyczne w nowotworze)	12		
7.	Konsultacje	6		
ŁĄCZNA WARTOŚĆ ZAMÓWIENIA:				

.....
 Data, podpis i pieczęć Oferenta

2. Kryterium: JAKOŚĆ

W zakresie kryterium - jakość oświadczam, iż:

W zakresie udzielania świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot niniejszego postępowania posiadam letnie doświadczenie.

3. Kryterium KOMPLESOWOŚĆ (proszę zaznaczyć znakiem X wybraną odpowiedź)

W zakresie kryterium- kompleksowość oświadczam, iż posiadane kwalifikacje personelu udzielającego świadczeń zdrowotnych stanowiących przedmiot zamówienia:

1. spełniają wymagane minimum opisane w SWKO
2. spełniają wymagane minimum opisane w SWKO oraz dodatkowo posiadam co najmniej 3 lekarzy patomorfologów specjalistów

4. Kryterium: DOSTĘPNOŚĆ (proszę zaznaczyć znakiem X wybraną odpowiedź):

W zakresie kryterium - dostępność oświadczam, iż zgłaszam gotowość odbioru materiału do badań:

1. spełnione minimum opisane w SWKO (3 razy w tygodniu)
2. co najmniej 4 razy w tygodniu

5. Kryterium: CIĄGŁOŚĆ (proszę zaznaczyć znakiem X wybraną odpowiedź)

W zakresie kryterium - ciągłość oświadczam, iż:

1. Rozpocznę udzielanie świadczeń w określonym zakresie u Udzielającego zamówienie
2. Będę kontynuował udzielanie świadczeń w określonym zakresie u Udzielającego zamówienie

.....
Data, podpis i pieczęć Oferenta