**Załącznik nr 1**

Konkurs nr DZ.4240.1.2024

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma )nazwa) Oferenta | \*)………………….…..……………………………… |
| Adres Oferenta | \*)………………….…..……………………………… |
| Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej  lub innego odpowiedniego rejestru lub ewidencji | \*)………………….…..……………………………… |
| Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych. | \*)………………….…..……………………………… |
| Udzielanie usług świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania opisów i ocen badań tomografii komputerowej (TK) i rezonansu magnetycznego (MR) w oparciu o system teleradiologii. | \*)………………….…..………………………………  **TAK**  **PROSZĘ PODAĆ DOKŁADNY OPIS PROPONOWANEGO ROZWIĄZANIA[[1]](#footnote-1)** |

**\* proszę wypełnić lub przedstawić w załącznikach**

……………., dnia …………………………….. ………………………………………

Miejscowość, data Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji

1. Przez **Rozwiązanie** należy rozumieć dostarczone w ramach umowy narzędzie [np.: licencje, oprogramowanie, hardware, inne] służące do realizacji przedmiotu Konkursu. [↑](#footnote-ref-1)