**Załącznik nr 4**

Konkurs nr DZ.4240.1.2024

**FORMULARZ CENOWY**

**PAKIET NR 1**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa świadczenia** | **Przewidywana liczba opisów****w okresie obowiązywania umowy****(12 m-cy)** | **Proponowana cena ryczałtowa jednostkowa**  | **Cena brutto****(Kolumna III x Kolumna IV = Kolumna V)** |
| **I** | **II** | **III** | **IV** | **V** |
| **1.** | Opis badań CT 1 okolica - cito cito ( opis do 1 godziny) W sposób ciągły 24h na dobę, przez 365 dni w roku | 500 |  |  |
| **2.** | Opis badań CT 1 okolica – pilne ( opis do 48 godzin) Wykonywane od poniedziałku do piątku  | 2500 |  |  |
| **3.** | Opis badań MR 1 okolica – pilne ( opis do 48 godzin) Wykonywane od poniedziałku do piątku  | 300 |  |  |
| **4.** | Miesięczna rata za utrzymanie systemu w gotowości | 12  |  |  |
|  |  |  | **RAZEM brutto :** |  |

**Wykonawca jest zobligowany uzupełnić wszystkie puste pola w kolumnach nr IV i V oraz uzupełnić pozycję „RAZEM brutto”.**

 Podane powyżej ilości badań mają jedynie charakter informacyjny i Zamawiający nie gwarantuje wykonania podanej szacunkowej ilości badań.

 Cena ryczałtowa, bez względu na rodzaj opisu badania, uwzględnia wszelkie koszty Wykonawcy oraz kalkulację wszelkich elementów jakie ponosić będzie Wykonawca w ramach udzielania świadczeń zdrowotnych na rzecz Zamawiającego.

 Wykonawca jest zobligowany świadczyć usługi według zapotrzebowania Zamawiającego, po podanych w Formularzu cenowym Wykonawcy cenach jednostkowych.

 W przypadku niedotrzymania przez Wykonawcę terminu wykonania opisu podanego w §4 ust. 3 umowy (i tabeli powyżej), Wykonawcy będzie należne wynagrodzenie odpowiadające faktycznemu czasowi wykonania opisu, nie zaś wynagrodzenie wynikające z oznaczenia w skierowaniu Zamawiającego.

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

 *Miejscowość oraz data Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji*