|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Konkurs nr DZ.4240.3.2025**  |  | **Załącznik nr 4b** |

**FORMULARZ CENOWY**

**PAKIET NR 2**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 ambulatoryjne** **planowe:**  1. opis do 10 dni roboczych
2. wykonywane od poniedziałku do piątku.
 | 6500 |  |  |
| **2.** | Opis badań **MR ambulatoryjne planowe:** 1. opis do 10 dni roboczych)
2. wykonywane od poniedziałku do piątku.
 | 300 |  |  |
| **3.** | Opis badań **CT cito:**1. opis do 3 godzin
2. wykonywane sposób ciągły 24h na dobę, przez 365 dni w roku
 | 2100 |  |  |
| **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”.*

**UWARUNKOWANIA:**

1. Podane powyżej ilości badań mają jedynie charakter informacyjny i Zamawiający nie gwarantuje wykonania podanej szacunkowej ilości badań.
2. 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.
3. Wykonawca jest zobligowany świadczyć usługi według zapotrzebowania Zamawiającego, po podanych w Formularzu cenowym Wykonawcy cenach jednostkowych.
4. W przypadku niedotrzymania przez Wykonawcę terminu wykonania opisu podanego w tabeli oraz w §3 ust. 2 umowy o udzielenie usług świadczeń zdrowotnych (załącznik nr 5), zwanej dalej umową, Wykonawcy będzie należne wynagrodzenie odpowiadające faktycznemu czasowi wykonania opisu, nie zaś wynagrodzenie wynikające z oznaczenia w skierowaniu Zamawiającego, z uwzględnieniem § 8 ust.2 umowy.

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

 (Miejscowość, data) (Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji)