

DSP.243.20.2018.2.MSZ

Wrocław

FORMULARZ OFERTOWY

1. Realizacja zlecenia: przeprowadzanie i opisywanie badań EMG w lokalizacji:

Przychodnia Kozanów, ul. Dokerska 9, 54-142 Wrocław

2. Imię i nazwisko / nazwa składającego ofertę:

.....

3. Adres:

miejsowość

.....

kod pocztowy

.....

ulica i numer lokalu

.....

telefon

.....

e-mail

4. PESEL:

5. NIP:

6. Regon:

7. Dokument potwierdzający kwalifikacje zawodowe:

.....

8. Dotychczasowa praca w charakterze odpowiadającym przedmiotowi oferty:

.....

.....

.....

Sprawę prowadzi: Monika Szczęśniak tel. 71 391 17 57 mszczesniak@spzoz.wroc.pl

9. Oferowana kwota netto=brutto, za:

a) Świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom skierowanym przez personel zamawiającego

lp.	Rodzaj Badania	Cena
1	2	3
1	przewodzenie we włóknach ruchowych n. obwodowych	
2	przewodzenie we włóknach czuciowych n. obwodowych	
3	nerwu ruchowego/czuciowego metodą krótkich segmentów	
4	jednego mięśnia metodą Macro	
5	jednego mięśnia elektrodą koncentryczną	
6	elektrostymulacja próba męczliwości jednego mięśnia	
7	próba ischemiczna i hiperwentylacyjna (tężyczkowa)	
8	badanie wzrokowych potencjałów wywołanych	
9	jednego mięśnia elektrodą koncentryczną dziecko do 12 r.ż.	
10	badanie wzrokowych potencjałów wywołanych dziecko do 12 r.ż.	

b) Świadczenia zdrowotne udzielane pacjentom nie kierowanym przez personel zamawiającego

lp.	Rodzaj Badania	Cena
1	2	3
1	przewodzenie we włóknach ruchowych n. obwodowych	
2	przewodzenie we włóknach czuciowych n. obwodowych	
3	nerwu ruchowego/czuciowego metodą krótkich segmentów	
4	jednego mięśnia metodą Macro	
5	jednego mięśnia elektrodą koncentryczną	
6	elektrostymulacja próba męczliwości jednego mięśnia	
7	próba ischemiczna i hiperwentylacyjna (tężyczkowa)	
8	badanie wzrokowych potencjałów wywołanych	
9	jednego mięśnia elektrodą koncentryczną dziecko do 12 r.ż.	
10	badanie wzrokowych potencjałów wywołanych dziecko do 12 r.ż.	

Sprawę prowadzi: Monika Szczęśniak tel. 71 391 17 57 mszczesniak@spzoz.wroc.pl

10. Oferowana dostępność:

do świadczeń realizowanych w ramach realizowanej przez Przyjmującego zamówienie działalności leczniczej:

- poniedziałek godz. od do
- wtorek godz. od do
- środa godz. od do
- czwartek godz. od do
- piątek godz. od do

Potwierdzam zgodność danych zawartych w formularzu. W załączeniu przekazuję uwierzytelnione kopie ubezpieczenia OC oraz Zaświadczenia lekarskiego z zakresu badań medycyny pracy.

data:

pieczęć i podpis oferenta

Sprawę prowadzi: Monika Szczęśniak tel. 71 391 17 57 mszczesniak@spzoz.wroc.pl