……………………………….

*miejscowość, data*

………………………………….

 *nazwa i adres Oferenta*

 **FORMULARZ OFERTOWY (CENOWY)**

W związku z zapytaniem ofertowym dotyczącym realizacji zamówienia, którego przedmiotem jest **usługa świadczeń zdrowotnych lekarza dentysty dla jednostek**
i instytucji wojskowych w Gliwicach oferujemy realizację przedmiotu zamówienia
w następującej cenie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa usługi stomatologicznej** | **Szczegóły usługi** |  **Cena jednostkowa brutto**  |  **Waga**  |  **Iloczyn kolumn 4 x 5**  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 1. | badanie lekarskie stomatologiczne oraz ocena stanu układu stomatologicznego na podstawie zdjęcia pantomograficznego 1 x w roku |   |   | 10 | **………zł** |
| 2. | zdjecie pantomograficzne 1 x roku |   |   | 10 | **………zł** |
| 3. | higienizacja stomatologiczna 1 x w roku | skaling, piaskowanie, fluoryzacja |   | 10 | **………zł** |
|  4. | znieczulenie stomatologiczne |   |   | 5 | **………zł** |
| 5. | opracowanie i wypełnienie ubytków próchnicowych klasy od I do V według Blacka oraz ubytków pochodzenia nie próchnicowego  | materiał kompozytowy światło utwardzalny, cement glasjonomerowy  |   | 8 | **………zł** |
| 6. | leczenie endodontyczne | wypełnienie kanałów korzeniowych oraz wykonanie niezbędnych radiogramów zębowych |   | 8 | **………zł** |
| **Lp.** | **Nazwa usługi stomatologicznej** | **Szczegóły usługi** |  **Cena jednostkowa brutto**  |  **Waga**  |  **Iloczyn kolumn 4 x 5**  |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** |
| 7. | odbudowa korony zęba po leczeniu endodontycznym metodą bezpośrednią | wkłady metalowe lub z włókna szklanego |   | 5 | **………zł** |
| 8. | ekstrakcja zęba |   |   | 4 | **………zł** |
| 9. | nacięcie ropnia wewnątrz ustnego |   |   | 3 | **………zł** |
| 10. | resekcja wierzchołka korzeni zębów | oba łuki zębowe |   | 2 | **………zł** |
| 11. | kiretaż |   |   | 3 | **………zł** |
| 12. | leczenie zmian na błonie śluzowej jamy ustnej |   |   | 2 | **………zł** |
| 13. | założenie opatrunku periodontologicznego |   |   | 2 | **………zł** |
| **RAZEM:** | **………zł\*** |

**\*kwota w kolumnie nr 6 nie jest kwotą na którą zawarta zostanie umowa**

Cena brutto ………………………………………..

Cena netto …………………………………………

Informacje dodatkowe……………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………….

**OŚWIADCZENIA I ZGODY**

1. **Wykonawca oświadcza , że osoby które będą uczestniczyć w realizacji zamówienia tj. personel lekarski i inny posiadają wymagane uprawnienia (kopie dokumentów lub oryginał do wglądu przed podpisaniem umowy).**
2. **Wykonawca oświadcza, że posiada obowiązkowa polisę OC podmiotów wykonujących działalność leczniczą zgodnie z RMF z dnia 29.04.2019r. (Dz.U. z 2019r. poz. 866), ważną na cały czas obowiązywania umowy (kopia polisy lub oryginał do wglądu przed podpisaniem umowy).**
3. **Wykonawca wyraża zgodę na przeprowadzenie przez przedstawiciela Zamawiającego (lekarz Ambulatorium 4WOG) sprawdzenia warunków (miejsca) realizacji usługi przed podpisaniem umowy, a także w trakcie jej trwania.**

 ……………………………..

 *pieczątka i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Wykonawcy*

 *w obrocie prawnym*