**……………………………………..**

**(nazwa Przyjmującego zamówienie/pieczęć)**

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

**Dane Przyjmującego zamówienie:**

Nazwa Przyjmującego: ………………………………………………………………………………..

Adres: …………………......................................................................................................................

NIP: …………………………, REGON: ………………………….

Tel. …………………………., e-mail: ……………………………………………………………...

**W nawiązaniu do ogłoszonego konkursu ofert na wykonywanie świadczeń medycznych**

**w zakresie badań laboratoryjnych uzupełniających dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29.**

l. Oferujemy wykonanie przedmiotu konkursu na warunkach określonych w specyfikacji konkursowej.

2. Cena jednostkowa badania oraz wartość oferty na czas wykonywania usługi, zgodnie z Załącznikiem  
Nr 2 (formularz asortymentowo-cenowy) w załączeniu do oferty.

Wartość oferty na czas wykonywania usługi t.j. na okres 24 miesięcy wynosi brutto:

Pakiet nr 1 – chemia kliniczna

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 2 – analityka ogólna.

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 3 – diagnostyka hormonalna

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 4 – markery onkologiczne

łącznie: .......................................... PLN

(słownie:………………..........................................................................................................)

Pakiet nr 5 - badania wirusologiczne

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 6 - toksykologia

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 7 - leki

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 8 – badania alergologiczne

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 9 – badania autoimmunologiczne

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 10 – badania hematologiczne i koagulologiczne

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

Pakiet nr 11 – uwarunkowania i choroby genetyczne

łącznie: .......................................... PLN

(słownie: …………………………..........................................................................................)

**Całkowita wartość oferty łącznie:**

netto: …………………… PLN (słownie: ……………………………………………………)

brutto: …………………..PLN (słownie: ……………………………………………………..)

3. Czas realizacji umowy: 24 miesiące od daty jej obowiązywania.

4. Termin płatności 30 dni od daty otrzymania/złożenia faktury VAT do siedziby Udzielającego.

5. Zobowiązujemy się do niezmienności cen jednostkowych przez okres obowiązywania umowy.

6. Wskazanie osób uprawnionych do reprezentowania Przyjmującego zamówienie:

1) ..............................................................................................................................................

UWAGA: **Do** oferty należy dołączyć wszystkie dokumenty/poświadczenia wyszczególnione   
w rozdziale III SWKO i formularzu asortymentowo-cenowym.

………………………………………….

(pieczęć i podpis osoby/osób\* uprawnionej

do reprezentowania Przyjmującego)