

Konkurs ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań patomorfologicznych dla Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej w Tomaszowie Lubelskim.

Nr Konkursu 1/2023

....., dnia
(miejscowość)

FORMULARZ OFERTOWY

1. Dane Oferenta:

Nazwa firmy

.....
.....
.....
.....

Adres firmy

.....
.....
.....
.....

NIP:.....

REGON:.....

Tel......

Fax......

Uprawniony do reprezentacji przedstawiciel Oferenta:

Imię **Nazwisko**

Seria i numer dowodu osobistego

Organ wydający

2. Przedmiot oferty:

Oferta dotyczy konkursu na wykonywanie następujących badań:

Lp.	Rodzaj badania	Przewidywana ilość badań rocznie	Cena jednostkowa za badanie	Wartość brutto
1	Histopatologiczne badanie biopsyjne	2500		
2	Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa	50		
3	Badanie cytologiczne	250		
4	Biopsja gruboigłowa nerki, wątroby i rozrostów nowotworowych węzłów chłonnych	20		
5	Badanie immunohistochemiczne	250		
6	Badanie śródoperacyjne	30		
Wartość:				

Wartość brutto:.....

(słownie).....

Termin płatności (nie krótszy niż 30 dni):

3. Oświadczenia:

1. Oświadczam, iż wykonam przedmiot zamówienia we własnym zakresie bez udziału podwykonawców tak/nie *)
2. Oświadczam, iż dotychczas posiadałam/em umowę z wyłączeniem umowy o pracę z Udzielającym Zamówienia tak / nie *)

*) wybrać właściwe; brak zaznaczenia odpowiedzi oznacza wybór odpowiedzi „nie”

.....
Podpis Oferenta/osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta