

FORMULARZ OFERTY

PK /2021

I. Dane Oferenta:

1. Pełna nazwa Oferenta

.....
.....

2. Adres Oferenta:

ul. nr kod pocztowy miejscowość

3. Dane kontaktowe:

tel. mail: NIP

REGON KRS Nr Ks. Rej.

II. Łączna wartość brutto za wykonanie badań wskazanych w załączniku Nr 4 do Materiałów Informacyjnych zł brutto.

(słownie:.....)

III. Ryczałt miesięczny za prowadzenie Zakładu Patomorfologii:

- a) zł brutto miesięcznie – o ile Udzielający zamówienia nie uzyska kontraktu na realizację świadczeń w ramach Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego,
- b) zł brutto miesięcznie – pod warunkiem uzyskania przez Udzielającego zamówienia uzyska kontraktu na realizację świadczeń w ramach Centrum Kompetencji Raka Jelita Grubego.

IV. Oferowana cena za 1 m² dzierżawionej powierzchni do prowadzenia działalności określonej umową:zł brutto (słownie:.....).

Oferowana cena za 1 m² nie może wynosić mniej niż 30,00 zł brutto (słownie: trzydzieści złotych brutto)

V. Oświadczam, że posiadam doświadczenie w udzielaniu świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wynoszące:lat.

VI. Oferuję sprzęt określony w załączniku nr 9 do Materiałów informacyjnych

VII. Załączniki do niniejszej oferty:

1. specyfikacja Asortymentowo-Cenowa – stanowiąca załącznik nr 4 do Materiałów Informacyjnych,
2. wykaz personelu niezbędnego do realizacji niniejszej oferty wraz z potwierdzonymi kwalifikacjami,
3. wykaz sprzętu niezbędnego do realizacji niniejszej oferty,
4. procedury, o których mowa w materiałach informacyjnych do niniejszego postępowania,
5. wykaz sprzętu.

.....
pieczętka i podpis