

FORMULARZ OFERTY
PK 1/DOZ/2024

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 SWKO

Wariant I (ze sprzętem Oferenta)

..... zł brutto (słownie:.....)

Wariant II (bez sprzętu Oferenta)

..... zł brutto (słownie:.....)

III. Ryczałt miesięczny za prowadzenie Zakładu Patomorfologii:..... zł brutto

miesięcznie (słownie:.....
.....)

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 ocenę biopsji nerki przez lekarza nefropatologa. TAK NIE

VII. Oferuję sprzęt określony w załączniku nr 9 do SWKO.

VIII. Załączniki do niniejszej oferty:

1. odpis KRS, numer NIP, numer REGON
2. wydruk zaświadczenia o wpisie do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą,
3. procedury, o których mowa w SWKO do postępowania 1/DOZ/2024,
4. specyfikacja Asortymentowo-Cenowa – stanowiąca załącznik nr 4 do Materiałów Informacyjnych,
5. wykaz sprzętu niezbędnego do realizacji oferty,
6. oświadczenie dot. personelu i podwykonawstwa.

.....
pieczętka i podpis