

.....
(pieczęć Oferenta)

FORMULARZ OFERTOWY
na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych na rzecz pacjentów Krapkowickiego Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

I. UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA

Krapkowickie Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
os. XXX-lecia 21, 47-303 Krapkowice
NIP: 1990080635

II. DANE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

Nazwa

Siedziba:

REGON

NIP:

Telefon:

e-mail:

III. OFERTA

Oświadczam, iż oferuję poniższą stawkę za wykonanie przedmiotu zamówienia:

- a) zł za 1 badanie histopatologiczne (bloczek),
 - b) zł za 1 badanie „intra operations” (bloczki liczone wg ceny rutynowej),
 - c) zł za 1 badanie immunohistochemiczne,
 - d) zł za 1 badanie histochemiczne,
 - e) Termin wykonania badania rutynowego
 - f) Posiadam certyfikat/akredytację Polskiego Towarzystwa Patologów TAK / NIE *
*niewłaściwe skreślić, w przypadku posiadania certyfikatu/akredytacji należy załączyć aktualny dokument potwierdzający przedmiotowy fakt
 - e) referencje od Zamawiającego TAK / NIE*, min. 3 referencje od innych Zamawiających, (należy podać nazwy i załączyć referencje)
-

IV. OŚWIADCZENIE I ZOBOWIĄZANIE PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE

- 1. Oświadczam, że zapoznałem się z opisem przedmiotu zamówienia i nie wnoszę do niego zastrzeżeń.
- 2. Zobowiązuję się do podpisania umowy na warunkach zawartych w Projekcie umowy – załącznik nr 2.

.....
(miejsowość i data)

.....
(podpisy i pieczęcie osób upoważnionych do reprezentowania Oferenta)