Załącznik nr 1

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego**

**Dane Wykonawcy**

Nazwa/Imię, nazwisko:

…………………………………………………………………………………………………...

……………………………………………………………………………………………….......

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

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru: ………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………...

REGON…………………………. NIP………………………………………………………...

Osoba upoważniona do kontaktu:

…………………………………………………………..

Telefon, faks, e-mail:

…………………………………………………………..

**Przedmiotem oferty jest:**

Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wykonywania badań histopatologicznych i cytologicznych na rzecz pacjentów Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Marszałka Józefa Piłsudskiego, według cen jednostkowych określonych w Załączniku nr 1 do oferty

1. Wartość udzielonych świadczeń, według szacunkowych ilości podanych przez Zamawiającego, wyniesie rocznie ................................ zł brutto,
2. słownie: ………………………………………………………………………………………… zgodnie z zestawieniem stanowiącym Załącznik nr 1 do niniejszej oferty.
3. Odległość od miejsca wykonywania przez Oferenta świadczeń (zgodnie z przedmiotem oferty) do miejsca siedziby Zamawiającego wynosi ……………… km.

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

Miejscowość i data Podpis i pieczęć Wykonawcy