

**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.- dotyczy zadań Nr: 1,2,3,4,5,7,8
4. Odległość od miejsca wykonywania przez Oferenta świadczeń (zgodnie z przedmiotem oferty) do miejsca siedziby Zamawiającego wynosi ..... km.- dotyczy zadania Nr 6

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis i pieczęć Wykonawcy