D/ZP/381/54/CL/15

Załącznik nr 1

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

pieczęć firmowa wykonawcy

**OFERTA**

**DLA UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM OKULISTYKI I ONKOLOGII**

**SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO SZPITALA KLINICZNEGO**

**ŚLĄSKIEGO UNIWERSYTETU MEDYCZNEGO W KATOWICACH**

Nazwa wykonawcy ................................................................................................................

Siedziba: ..............................................................................................................................

REGON .................................................. NIP .......................................................................

Tel. ....................................................... fax ........................................................................

Internet ................................................ e-mail ...................................................................

Osoba do kontaktów .......................................................................................................

Ubiegając się o zamówienie publiczne na **międzynarodową** **kontrolę jakości badań laboratoryjnych** oferujemy realizację całości zamówienia za następujące ceny:

cena netto ......................................................... zł

podatek VAT ...............% tj. ................................... zł

Cena ofertowa brutto: ........................... zł

(słownie:.......................................................................................................................)

Oświadczamy, że

- zawarta w Zaproszeniu treść projektu umowy została przez nas zaakceptowana i zobowiązujemy się w przypadku wyboru naszej oferty do zawarcia umowy na wyżej wymienionych warunkach w miejscu i terminie wyznaczonym przez Zamawiającego.

- Załącznikami do niniejszej oferty są *(wymienić wszystkie załączniki)* :

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

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

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

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

osób uprawnionych

do reprezentowania wykonawcy

D/ZP/381/54/CL/15

Załącznik nr 3

**SPECYFIKACJA ASORTYMENTOWO-CENOWA**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| l.p. | Nazwa programu | Ilość badań | Cena brutto za jedno badanie | Wartość brutto programu (12 miesięcy) |
| 1 | program chemii klinicznej |  |  |  |
| 2 | program kardiologiczny |  |  |  |
| 3 | program białka specyficzne |  |  |  |
| 4 | program immunologiczny |  |  |  |
| 5 | program mocz (testy paskowe) |  |  |  |
| 6 | program hematologiczny |  |  |  |
| 7 | program koagulologiczny |  |  |  |
| 8 | program mocz |  |  |  |
| Razem brutto  |  |

podpis i pieczęć osoby uprawnionej/

osób uprawnionych