**Załącznik nr 1 do SWKO**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO - CENOWY**

Nazwa Przyjmującego zamówienie: …………………….…………………………………………………..…………………………

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

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

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

Tel.: ……………………………………………. Fax: …………………………………………….

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej ……………………………………………..

Nazwa Banku: ..........................................................................................................................

Nr Konta: ...................................................................................................................................

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert na:

**Świadczenia zdrowotne dla pacjentów**

**Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica**

**/badania histopatologiczne/**

Oferuję wykonanie zamówienia, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert za ceny na poszczególne zadania przedstawione w poniższej tabeli:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nr zadania | Nazwa zadania | Przewidywana liczba badań wykonywanych w okresie trwania umowy (tj.48 m-cy) | Cena jedn.brutto (PLN) | Cena brutto (PLN)/kol.3 x kol.4/ |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 1. | Oznaczenie markerów immunohistochemicznych | 8400 |  |  |
| Konsultacje histopatologiczne /dotyczy oceny przesłanych preparatów/ | 2200 |  |  |
| Badanie materiału histopatologicznego kości | 60 |  |  |
| Wielokrotność badania histopatologicznego kości | 60 |  |  |
| Razem: |  |
| 2. | Oznaczenie markerów immunohistochemicznych rzadkich (np. część antygenów z klasy CD, TLE, ERG, p120, beta-katenina, c-MYC i inne) | 200 |  |  |
| 3. | Oznaczenie receptorów HER 2 – metoda immunohistochemiczna | 550 |  |  |
| 4. | Oznaczenie receptorów HER 2 – metoda FISH | 120 |  |  |

Osoba upoważnioną do kontaktów jest …………………………………………………….…………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… */imię i nazwisko, tel., e-mail/*

1. Termin realizacji: od 01.04.2020 r. do 27.06.2024 r.
2. Sposób przyjmowania zgłoszeń: Imię i nazwisko ………………………………………………………………..

nr tel. ………………………, fax……………………………..e-mail:……………………………….

1. Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszego postępowania wynosi: …….……………
2. Dostęp do badań zapewniony będzie, zgodnie z SWKO.
3. Ponadto oświadczam, że:
4. uważam się za związanego ofertą w terminie wskazanym w SWKO- 30 dni od dnia złożenia oferty.
5. zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia i przyjmuje je bez zastrzeżeń,
6. zapoznałem się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 4 i 5 do SWKO i nie wnoszę do nich zastrzeżeń, a w przypadku wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
7. wszystkie składające się na ofertę dokumenty, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty.

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

 */miejscowość, data/ /Pieczątka i podpis osoby uprawnionej/*