**Załącznik Nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Do konkursu ofert nr K/1/III/2017**

na:

**„Świadczenie usług zdrowotnych z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, mikrobiologii, serologii i prowadzenia Banku Krwi.”**

**w okresie 24 miesięcy od dnia podpisania umowy.**

Dane Oferenta:

Nazwa.............................................................................................................................

Siedziba..........................................................................................................................

Nr telefonu ...................................................................................................................

Reprezentowany przez:…..............................................................................................................

Proponuję następujące kwoty wynagrodzeń za wykonane i sprzedane usługi:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wyszczególnienie** | **Netto zł** | **Brutto zł** | **uwagi** |
| Cena łączna za badania |  |  | Do oferty należy dołączyć załącznik nr 2 z wykazem badań |
| Proponowana stawka czynszu za najem 1 m² powierzchni. |  |  | Proponowana stawka nie może być niższa niż 21 zł/m² aktualnie obowiązująca w PCM |

Do oferty należy dołączyć dokumenty wymienione w rozdziale VI w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert.

  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( data, imię i nazwisko)

(podpis uprawnionego przedstawiciela wykonawcy)  