.......................... ***Załącznik nr 1***

(Pieczęć oferenta)

**FORMULARZ OFERTY**

Nazwa i siedziba Oferenta: ....................................................................................................................

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

…………………………………………………………………………………………………………

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

Nr telefonu / Nr faksu / Adres email: ....................................................................................................

Osoba uprawniona do kontaktu z Udzielającym zamówienia: ......................................................…..

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

Nr telefonu / Nr faksu / Adres email: .....................................................................................................

W związku z konkursem ofert ogłoszonym przez Dyrektora Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań histopatologicznych, cytologicznych oraz innych badań z zakresu patomorfologii wraz z ich transportem dla pacjentów  
SP ZOZ USK nr 1 im. N. Barlickiego UM w Łodzi:

1. Składam ofertę na udzielanie świadczeń zdrowotnych w wyżej wymienionym zakresie

na okres od dnia 01.10.2020 r. do dnia 31.12.2022 r.

1. Oferuję realizację świadczeń zgodnie z ofertą cenową stanowiąca załącznik nr 2 do niniejszej oferty w liczbie uzależnionej od faktycznych potrzeb Udzielającego zamówienia.

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

(miejscowość, data) (podpis oferenta)