Załącznik Nr 1

**OFERTA**

**Dane Oferenta:**

Nazwa

Siedziba

Nr telefonu

Nr faksu……………….........

Numer wpisu i nazwa właściwego rejestru ...

Numer NIP

Numer REGON

**Oferuję realizację świadczeń:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwa badania** | **Szacunkowa ilość badań rocznie [[1]](#footnote-1)** | **Cena jednostkowa**  **brutto w PLN** | **Wartość roczna brutto w PLN** |
| 1. | Badania histopatologiczne | **12 000** |  |  |
| 2. | Badania histopatologiczne śródoperacyjne | **100** |  |  |
| 3. | Badania immunohistochemiczne | **360** |  |  |
| 4. | Badania cytologiczne | **60** |  |  |
| 5. | Badania cytologii ginekologicznej | **720** |  |  |
| SUMA: | | |  |  | |

------------------------------------------

**Przyjmujący Zamówienie**

(imię i nazwisko)

podpis osoby upoważnionej

1. Ilość podanych świadczeń ma jedynie charakter szacunkowy i może ulec zmianie w zależności od rzeczywistych potrzeb Udzielającego Zamówienie. [↑](#footnote-ref-1)