**Załącznik nr 5**

**Formularz ofertowy**

**Wybór dostawcy usług prowadzenia badań diagnostycznych i analitycznych**

*................................................................*

*(Pieczęć wykonawcy)*

**FORMULARZ OFERTOWY**

1. **Dane wykonawcy:**

Pełna nazwa oferenta, adres, telefon, fax ...............................................................................................................................

adres ul...........................................................................................................................

miejscowość, kod…………………………………województwo…………………….

telefon.............................................

fax.....................................................................

mailto:................................................

NIP................................................

REGON.........................................

ePUAP:……………

Osoba uprawniona do kontaktów w sprawie prowadzonego postępowania .......................................

tel. ........................mailto: ………………..............................

**Przedmiot oferty:**

**Wybór dostawcy usług diagnostycznych i analitycznych**

**My niżej podpisani**

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

Działając w imieniu i na rzecz

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

Składamy ofertę na wykonanie przedmiotu zamówienia w zakresie określonym w specyfikacji istotnych warunków zamówienia w niniejszym postępowaniu.

1. **Oferujemy przedmiot zamówienia za ceny jednostkowe wskazane dla poszczególnych rodzajów Badań (w rozumieniu zapytania ofertowego) w ramach poszczególnych Zadań (w rozumieniu zapytania ofertowego) ustalone zgodnie z formularzem cenowym – załącznik do specyfikacji, na kwotę/kwoty podaną/podane poniżej.**
2. **Ceny jednostkowe wskazane dla poszczególnych rodzajów Badań (w rozumieniu zapytania ofertowego) w ramach poszczególnych Zadań (w rozumieniu zapytania ofertowego) stanowią Załącznik nr 1 do niniejszego Formularza ofertowego.**
3. **Suma cen jednostkowych dla poszczególnych Badań (w rozumieniu zapytania ofertowego) w ramach wszystkich Zadań (w rozumieniu zapytania ofertowego) stanowi łączną oferowaną cenę za wykonanie przedmiotu zamówienia.**
4. **Zobowiązujemy się do wystawiania faktur wskazujących w sposób jednoznaczny i nie budzący wątpliwości Zadanie (w rozumieniu zapytania ofertowego), w ramach którego wykonane zostało Badanie/Badania (w rozumieniu zapytania ofertowego), którego/których dotyczy faktura.**
5. Oferuję/emy warunki świadczenia usług na zasadach określonych we wzorze umowy stanowiącym załącznik do zapytania ofertowego.
6. Akceptujemy warunki płatności. Termin zapłaty w ciągu 30 dni licząc od dnia otrzymania faktury przez zamawiającego.
7. Utrzymanie stałości cen. Zobowiązujemy się utrzymać stałość cen przez cały okres obowiązywania umowy.
8. Oświadczam/y, iż wykonanie przedmiotowego zamówienia powierzę /nie powierzę\* podwykonawcom.*\* Niewłaściwe skreślić.*
9. W przypadku powierzenia zamówienia podwykonawcom proszę o podanie części zamówienia i firm podwykonawców:

Wykaz podwykonawców wraz z wymaganymi informacjami.

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

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

1. Jednocześnie oświadczam/y, że zapoznaliśmy się ze wszystkimi warunkami zapytania ofertowego, w tym realizacji przedmiotu zamówienia i nie wnosimy żadnych uwag.
2. Oświadczam/y/, że spełniam/y wszystkie wymagania zawarte w zapytaniu ofertowym i przyjmujemy je bez zastrzeżeń oraz że otrzymaliśmy wszystkie niezbędne informacje potrzebne do przygotowania oferty.
3. Oświadczam/y/, że wszystkie złożone przez nas dokumenty są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym ze świadomością odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń w celu uzyskania korzyści majątkowych.
4. Oświadczam/y/, że wybór oferty nie prowadzi do powstania obowiązku podatkowego u Zamawiającego.
5. Wykonawca oświadcza, że numer rachunku bankowego wskazany na fakturze jest zgłoszony do Urzędu skarbowego i widnieje w wykazie podatników VAT na stronie internetowej ministerstwa Finansów [www.podatki.gov.pl](http://www.podatki.gov.pl), jeśli taki wymóg wynika z Ustawy o VAT (jeśli dotyczy).
6. Oświadczam/y/, iż jestem/śmy upoważniony/ni do reprezentowania firmy.

# W przypadku przyznania nam zamówienia zobowiązujemy się do zawarcia pisemnej umowy, której treść została dołączona do zapytania ofertowego w terminie wyznaczonym przez zamawiającego oraz umowy powierzenia przetwarzania danych osobowych.

1. Termin ważności oferty: 30 dni od daty jej złożenia.

…………………, dn. …… …………………………………………

Podpisy wykonawcy osób upoważnionych

do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy

Załącznik nr 1 do formularza oferty

…………………………………………….

**(pieczęć wykonawcy )**

Formularz cenowy (wzór)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Przedmiot zamówienia  | Pacjentka/Ilość | Cena jedn. netto PLN | Stawka VAT w % | Cena jedn. brutto PLN | Wartość netto PLN(kol. 5 x kol. 6) | Wartość brutto PLN(kol. 9 + VAT) |
| 1 | 2 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| **Zadanie 2.4** |
| **1** | morfologia pełna | 1 |  |  |  |  |  |
| **2** | Rozmaz krwi | 1 |  |  |  |  |  |
| **3** | OB. | 1 |  |  |  |  |  |
| **4** | APTT | 1 |  |  |  |  |  |
| **5** | INR | 1 |  |  |  |  |  |
| **6** | Elektrolity | 1 |  |  |  |  |  |
| **7** | TSH | 1 |  |  |  |  |  |
| **8** | FT3 | 1 |  |  |  |  |  |
| **9** | FT4 | 1 |  |  |  |  |  |
| **10** | Glukoza | 1 |  |  |  |  |  |
| **11** | Kreatinina | 1 |  |  |  |  |  |
| **12** | CRP | 1 |  |  |  |  |  |
| **13** | ALT | 1 |  |  |  |  |  |
| **14** | AST | 1 |  |  |  |  |  |
| **15** | Bilirubina | 1 |  |  |  |  |  |
| **16** | Fibrynogen | 1 |  |  |  |  |  |
| **17** | Mocznik | 1 |  |  |  |  |  |
| **18** | Lipidogram | 1 |  |  |  |  |  |
| **19** | Antygen – Hbs | 1 |  |  |  |  |  |
| **20** | Anty – HCV | 1 |  |  |  |  |  |
| **21** | Grupa krwi | 1 |  |  |  |  |  |
| **22** | HIV | 1 |  |  |  |  |  |
| **23** | Cytologia | 1 |  |  |  |  |  |
| **24** | Wymaz bakteriologiczny z nosa | 1 |  |  |  |  |  |
| **25** | Mocz ogólny | 1 |  |  |  |  |  |
| **ZADANIE 3.4** |
| **1** | Morfologia pełna | 1 |  |  |  |  |  |
| **2** | CRP | 1 |  |  |  |  |  |
| **3** | Elektrolity | 1 |  |  |  |  |  |
| **RAZEM (łączna cena Badań w ramach Zadania 2.4 i Zadania 3.4 dla jednej pacjentki)** |  |  |  |  |  |

..................................., dnia .........................2020 r.

 Podpisy wykonawcy osób upoważnionych do składania oświadczeń woli w imieniu wykonawcy