

Szpital Wojewódzki w Poznaniu
ul. Juraszów 7-19
60-479 Poznań, tel. (61) 821-22-00

Szpitala Wojewódzkiego w Poznaniu
DIREKTOR
ZAŁĄCZNIK NR 1
do Warunków Konkursu Ofert

FORMULARZ OFERTOWY

1. Nazwa Oferenta:

2. Adres oferenta:

3. Zarejestrowany w:

4. Numer NIP:

5. Numer REGON:

6. Nr telefonu:

7. Adres e-mail:

8. Oświadczamy, że jesteśmy uprawnieni do występowania w obrocie prawnym zgodnie z wymaganiami ustawowymi.

9. Oświadczamy, że posiadamy uprawnienia niezbędne do wykonania zadania oraz dysponujemy niezbędną wiedzą i doświadczeniem, a także potencjałem ludzkim zdolnym do wykonania zamówienia.

10. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami przystąpienia do konkursu określonymi w ogłoszeniu i nie wnosimy do nich zastrzeżeń oraz posiadamy niezbędne informacje do przygotowania oferty.

11. Oświadczamy, że jesteśmy gotowi do realizacji świadczeń podanych w ofercie w okresie od _____ do _____

12. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z projektem umowy i przyjmujemy warunki proponowane w umowie.

13. Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

14. Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania Oferenta:

2

Szpital Wojewódzki w Poznaniu
ul. Juraszów 7-19
60-479 Poznań, tel. (61) 821-22-00

ZAŁĄCZNIK NR 1
Szpital Wojewódzki w Poznaniu


Piotr Nowicki

Oferta cenowa:

L.p.	Opis badania	Cena jednostkowa brutto
1	Typowanie antygenów HLA kl. I i II metodą genetyczną - real time PCR	
2	Próba zgodności (cross-match) metodą serologiczną – test mikrolimfocytotoksyczny pomiędzy limfocytami dawcy a surowicą wytypowanych biorców z Krajowej Listy Oczekujących	

(miejsowość i data)

(czytelny podpis i pieczętka Oferenta
lub osoby uprawnionej do jego reprezentowania)

