Załącznik nr 1

Konkurs nr DZ.4240.2.2024

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma (nazwa) Oferenta | \*)………………….…..……………………………… |
| Adres Oferenta | \*)………………….…..……………………………… |
| Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej lub innego odpowiedniego rejestru lub ewidencji | \*)………………….…..……………………………… |
| Szczegółowy opis warunków wykonywania badań, wyposażenie i sprzęt medyczny, którym mają być wykonywane badania ***(jeśli badania będą wykonywane manualnie proszę zaznaczyć tę okoliczność)***. | \*)………………….…..……………………………… |
| Posiadane certyfikaty kontroli (EMQN lub innej jednostki przeprowadzającej kontrolę zewnątrzlaboratoryjną) na wykonywane badania i/lub certyfikaty kontroli na stosowane metody badań zawartych w pakiecie. | \*)………………….…..……………………………… |
| Liczba i kwalifikacje zawodowe osób udzielających świadczeń zdrowotnych. | \*)………………….…..……………………………… |
| Informacja o numerach telefonów w celu zapewnienia możliwości telefonicznej konsultacji przekazanego wyniku badania w pracowni wykonującej dane badanie. | \*)………………….…..……………………………… |

***\* proszę wypełnić lub przedstawić w załącznikach***

……………., dnia …………………………….. ………………………………………

*Miejscowość, data podpis osoby uprawnionej*