**Załącznik nr 1**

**Konkurs nr DZ.4240.1.2023**

**FORMULARZ OFERTOWY**

|  |  |
| --- | --- |
| 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 (w dziedzinie badań laboratoryjnych) kontroli zewnątrz laboratoryjnych z ostatnich 12 miesięcy na wykonywane badania zawarte w załączniku nr 4.Na certyfikacie powinny być wyszczególnione nazwy badań; w przypadku braku wyszczególnienia do certyfikatu należy dołączyć inny dokument potwierdzający kontrolę danego/nych badania/ń. | \*)………………….…..……………………………… |
| 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. | \*)………………….…..……………………………… |
| Wykonawca będzie codziennie (w dni robocze) odbierać materiał do badań i przywozić wyniki własnym transportem z zachowaniem odpowiednich warunków (czas, temperatura, bezpieczeństwo materiału). | **TAK / NIE*****niepotrzebne skreślić*** |

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

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

*Miejscowość, data podpis osoby uprawnionej*