Załącznik nr 1

Konkurs nr DZ.4240.4.2023

**FORMULARZ OFERTY**

|  |  |
| --- | --- |
| Firma 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**  Proszę niepotrzebne skreślić |

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

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

Miejscowość, data podpis osoby uprawnionej