Załącznik nr 1

Konkurs nr DZ.4240.1.2025

**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)**. | \*)………………….…..…………………… |
| 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*