



**Regionalne Centrum  
Naukowo-  
Technologiczne**

Podzamcze 45  
26-060 Chęciny  
tel. (41) 343 40 50  
faks (41) 307 44 76  
www.rcnt.pl  
[sekretariat@rcnt.pl](mailto:sekretariat@rcnt.pl)

**DPI.272.09.14.2021**

**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTOWY WYKONAWCY**

**Dane dotyczące wykonawcy**

Nazwa.....

Siedziba.....

Nr telefonu/faks.....

NIP.....

REGON.....

Nr w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

strona www. ....

e-mail: .....

**Wartość ogółem przedmiotu zamówienia zgodnie z ceną ofertową – Zadani nr 1**

**cena netto** .....zł

(słownie: .....)

**podatek VAT**.....zł

**cena brutto** .....zł

(słownie: .....)

**Wysokość wynagrodzenia za wykonanie każdego z przedmiotowych badań wraz z terminami uzyskania wyników tych badań**

Nazwa badania	Cena jednostkowa (brutto)	Wynik ( dni robocze)
Oznaczenie antygenów zgodności tkankowej HLA		

**Wartość ogółem przedmiotu zamówienia zgodnie z ceną ofertową – Zadani nr 2**

**cena netto** .....zł

(słownie: .....)

**podatek VAT**.....zł

**cena brutto** .....zł

(słownie: .....)

**Wysokość wynagrodzenia za wykonanie każdego z przedmiotowych badań wraz z terminami uzyskania wyników tych badań**

Nazwa badania	Cena jednostkowa (brutto)	Wynik ( dni robocze)
HIV test potwierdzenia met. western-blot		
HBV met. PCR, jakościowo		
HCV met. PCR, jakościowo		
CMV (Cytomegalovirus) IgM		
Kiła (Treponema pallidum), FTA ABS		
Toksoplazmoza (Toxoplasma gondii) IgM, met. Immunoblot		

**Wartość ogółem przedmiotu zamówienia zgodnie z ceną ofertową – Zadanie nr 3**

**cena netto** .....zł

(słownie: .....)

**podatek VAT**.....zł

**cena brutto** .....zł

(słownie: .....)

**Wysokość wynagrodzenia za wykonanie każdego z przedmiotowych badań wraz z terminami uzyskania wyników tych badań**

<b>Nazwa badania</b>	<b>Cena jednostkowa (brutto)</b>	<b>Wynik (dni robocze)</b>
Oznaczenie grupy krwi w układzie AB0 i Rh		

**Zobowiązuję się wykonać zamówienie od dnia podpisania umowy do dnia 31.12.2021 r.**

**Oświadczam, że:**

1. Oferuję wykonywanie badań laboratoryjnych określonych w niniejszym konkursie ofert.
2. Oferowane świadczenia będą wykonywane na poziomie zgodnym z przyjętymi standardami, wymogami Narodowego Funduszu Zdrowia, z zachowaniem przepisów sanitarnych, ppoż., BHP z uwzględnieniem najnowszych osiągnięć w tej dziedzinie.
3. Gwarantuję ciągłość świadczeń bez naruszania warunków zawartej umowy.
4. Termin ważności oferty 30 dni od terminu składania ofert.

..... dnia.....

.....  
(podpis oferenta)