**Załącznik nr 1**

**FORMULARZ OFERTY**

Na wykonanie zamówienia publicznego o wartości netto poniżej 30 000 euro

1. Nazwa i adres Udzielającego zamówienia:

**Szpital Specjalistyczny w Chorzowie**

**ul. Zjednoczenia 10**

**41-500 Chorzów**

tel. 32-34-63-652

wwww.szpitalspecjalistycznywchorzowie.pl

1. Nazwa postępowania:

**„Zapytanie ofertowe na wykonanie usługi badań wiremii HIV-1 metodą RT-PCR z odczynników dostarczanych przez KC ds. AIDS” Znak sprawy:**  **4-8/03/01/21”**.

1. Nazwa i adres Przyjmującego zamówienie:
………………………………………………………………
……………………………………………………………...
tel. ………………………………………………………..
fax …………………………………………………………
Regon ……………………………………………………
NIP ………………………………………………………..
KRS ………………………………………………………. (pieczęć Wykonawcy)
Nr wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą ………………………

Adres poczty elektronicznej …………………………….……………………

Adres do korespondencji:…………………………………………………….

1. Oferuję wykonanie przedmiotu zamówienia za:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Określenie pakietu** | **Cena brutto****(zł)** |
| 1. | Badanie wiremii HIV-1 metodą RT-PCR |  |

Słownie: (…………………………………………………………………… zł brutto)

1. Deklarujemy:

**Termin płatności faktury** **…………… dni,** licząc od dnia otrzymania prawidłowo wystawionej pod względem merytorycznym i formalnym faktury wraz z dokumentami rozliczeniowymi – **min. 21 dni – maks. 60 dni.**

1. Deklarujemy ponadto:

Termin wykonania: **w okresie 12 miesięcy.**

1. Ponadto oświadczamy, że:
2. Zapoznaliśmy się z wymaganiami przedstawionymi w zapytaniu ofertowym wraz
z załącznikami i przyjmujemy je bez zastrzeżeń.
3. W przypadku wyboru niniejszej Oferty zobowiązujemy się do realizacji zamówienia na warunkach określonych w Zaproszeniu do składania ofert.
4. Wskazana wyżej cena brutto za wykonanie przedmiotu zamówienia obejmuje wszelkie koszty wykonania zamówienia.

………………..... dn. ……….……...

……….……………………………………………….

podpisy i pieczęcie osób upoważnionych

do reprezentowania Przyjmującego zamówienie