Załącznik nr 2

**FORMULARZ OFERTOWY**

Zgłaszam ofertę „Udzielanie świadczeń zdrowotnych obejmujące swym zakresem diagnostykę laboratoryjną w laboratorium Wykonawcy dla Szpitala Powiatowego w Rykach Sp. z o.o.”:

Dane oferenta:

……………………………………………………………………………………..…………………….………………….

Nazwa oferenta zgodnie z dokumentami rejestrowymi

…………………………………………………………….…………………

Adres siedziby firmy:

Kod: ………………………………… miejscowość: …………………………………………

Ulica i numer domu: …………………….……………………………….…………………….

Numer telefonu: …………………………………… e-mail: ……………………..…….

NIP: ………………………………… REGON: ……………………………..…………

Oświadczam, że oferuję świadczenia zdrowotne w zakresie badań diagnostyki laboratoryjnej   
i mikrobiologii zgodnie z opisem zawartym w opisie przedmiotu zamówienia z zachowaniem   
cen jednostkowych znajdujących się w załączniku numer 3 za cenę:

|  |  |
| --- | --- |
| Rodzaj badania | Szacunkowa wartość wykonywanych badań w okresie obowiązywania umowy (36 miesięcy) |
| Badania laboratoryjne |  |
| Razem |  |