Załącznik nr 2

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferowane świadczenia usług medycznych**

**w zakresie wykonywania odczynu immunohistochemicznego**

**(tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego**

**z zastosowaniem jednego przeciwciała**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Cena**  **Jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Czas oczekiwania na**  **Wykonanie usługi** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Wykonanie odczynu immunohistochemicznego  (tylko barwienie preparatu bez oceny histopatologicznej)  z zastosowaniem jednego przeciwciała |  |  | Max 2 dni na wykonanie odczynu i max 2 dni na transport w obie strony |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Data i czytelny podpis Oferenta