Załącznik nr 1

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie**

**wykonywania odczynu immunohistochemicznego (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała na potrzeby SP ZOZ MSWiA w Łodzi.**

Nazwa i adres Oferenta …………………………………………………………………………………..……

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

Oferent wpisany do rejestru prowadzonego przez Sąd Rejonowy ……………………… …………………………………………………………….., …………… Wydział Krajowego Rejestru Sądowego pod numerem KRS……………………………………………………….………………………..

Lub CEIDG ……………………………………………………………………………………………………….

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

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

Telefon …………………………….…………………….Fax…………………………….……………………

Adres email…………………………………………………………………………………….………………....

Numer rachunku bankowego ……………………………………………………..…………………………

Numer Księgi Rejestrowej Wojewody……………………………………………………….………………

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

Data i czytelny podpis Oferenta