Załącznik nr 1 – Formularz Ofertowy

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania badań cytofluorometrycznych - pakiet 1 wraz z ich opisem 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