Załącznik nr 1- Formularz Ofertowy

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferta na wykonywanie usług medycznych w zakresie wykonywania:**

**1) odczynu immunohistochemicznego – w tym ALK – (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała**

**2) badania: ekspresja PDL-L1 (wraz z oceną lekarza)**

**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

Załącznik nr 2

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

Pieczątka z pełną nazwą Oferenta

**Oferowane świadczenia usług medycznych**

**w zakresie wykonywania:**

**1) odczynu immunohistochemicznego – w tym ALK – (tylko barwienie preparatu) bez oceny preparatu histopatologicznego z zastosowaniem jednego przeciwciała**

**2) badania: ekspresja PD-L1 (wraz z oceną lekarza)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Rodzaj usługi** | **Cena**  **Jednostkowa netto** | **Cena jednostkowa brutto** | **Czas oczekiwania na**  **Wykonanie usługi** |
| **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| 1. | Wykonanie odczynu immunohistochemicznego – w tym ALK –  (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 |
| 2. | Ekspresja Pd-L1 (wraz z oceną lekarza) |  |  | Max 10 dni roboczych |
|  | **SUMA** |  |  |  |

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

Data i czytelny podpis Oferenta