

## FORMULARZ OFERTY

Nazwa Przyjmującego zamówienie: .....

.....

Adres: .....

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

Tel.: ..... Fax: .....

Nr wpisu do rejestru sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej .....

Nazwa Banku: .....

Nr Konta: .....

W odpowiedzi na ogłoszenie konkursu ofert na:

**Świadczenia zdrowotne dla pacjentów  
Szpitala Specjalistycznego w Pile im. Stanisława Staszica  
/konsultacje histopatologiczne, badania immunohistochemiczne  
oraz ocena gotowych preparatów histopatologicznych/**

oferuję wykonanie zamówienia, zgodnie z warunkami określonymi w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert i Formularzu Cenowym stanowiącym załącznik nr 1 do oferty

Osoba upoważnioną do kontaktów jest .....

.....

*/imię i nazwisko, tel., e-mail/*

1. Termin realizacji: od 11.07.2026 r. do 10.07.2029 r.
2. Sposób przyjmowania zgłoszeń: Imię i nazwisko .....  
nr tel. ...., fax.....e-mail:.....
3. Minimalna liczba osób jakie będą wykonywały świadczenia będące przedmiotem niniejszego postępowania wynosi: .....

4. Dostęp do badań zapewniony będzie, zgodnie z SWKO.
5. Ponadto oświadczam, że:
  - 1) uważam się za związanego ofertą w terminie wskazanym w SWKO,
  - 2) zapoznałem się z warunkami postępowania konkursowego oraz warunkami realizacji zamówienia i przyjmuje je bez zastrzeżeń,
  - 3) zapoznałem się ze wzorem umowy, stanowiącym załącznik nr 5 do SWKO i nie wnoszę do niego zastrzeżeń, a w razie wybrania mojej oferty zobowiązuję się do podpisania umowy w terminie i na warunkach określonych przez Udzielającego zamówienia,
  - 4) wszystkie składające się na ofertę dokumenty, przedstawiają stan prawny i faktyczny aktualny na dzień sporządzenia oferty.

.....  
*/miejsowość, data/*

.....  
*/Pieczętka i podpis osoby uprawnionej/*