**Załącznik nr 1**

**OFERTA**

|  |
| --- |
| **ZAMAWIAJĄCY** |
| Nazwa: **Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu** |
| Adres: **82-300 Elbląg, ul. Komeńskiego 35** |

|  |
| --- |
| **WYKONAWCA / WYKONAWCY WSPÓLNIE UBIEGAJĄCY SIĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA** W przypadku Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia należy wpisać wszystkich Wykonawców wspólnie ubiegających się o udzielenie zamówienia. |
| 1. | Nazwa:  |
| NIP: | REGON: |
| Województwo:  |
| Miejscowość:  | Kod pocztowy: | Kraj:  |
| Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu):  |
| E-mail:bnnnn | Tel.:  |
| Adres internetowy (URL): | Faks:  |
| Wykonawca jest małym lub średnim przedsiębiorstwem\* | **[ ]**  TAK **[ ]**  NIE |

\* Małe przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które zatrudnia mniej niż 50 osób i którego roczny obrót lub roczna suma bilansowa nie przekracza 10 milionów EUR

Średnie przedsiębiorstwo: przedsiębiorstwo, które nie jest mikroprzedsiębiorstwem ani małym przedsiębiorstwem i które zatrudniają mniej niż 250 osób i których roczny obrót nie przekracza 50 milionów EUR lub roczna suma bilansowa nie przekracza 43 milionów EUR.

|  |
| --- |
|  **ADRES DO KORESPONDENCJI** |
| Nazwa:  |
| Województwo:  |
| Miejscowość: | Kod pocztowy: | Kraj:  |
| Adres pocztowy (ulica, nr domu i lokalu): |
| Tel: | Faks: | E-mail: |

Nawiązując do zaproszenie do złożenia oferty cenowej na świadczenie usług medycznych
w zakresie patomorfologii na rzecz Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu, oferujemy wykonanie pełnego zakresu przedmiotu zamówienia za cenę (wartość):

brutto ………………………….……PLN (słownie: ………………………..……………………..…) (zgodnie z załącznikiem nr 2).

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, że:

* oferowana cena obejmuje wszystkie niezbędne do zrealizowania zadania nakłady.
* zgłaszam ofertę w zakresie świadczenia usług medycznych w zakresie patomorfologii na rzecz Szpitala Miejskiego św. Jana Pawła II w Elblągu.
* w przypadku uznania mojej oferty za najkorzystniejszą, zobowiązuję się do zawarcia umowy w terminie, w miejscu i na zasadach określonych przez Szpital Miejski św. Jana Pawła II w Elblągu.
* zapoznałem/łam się z treścią niniejszego ogłoszenia i nie wnoszę zastrzeżeń.
* uważam się związanym/ną ofertą przez okres 30 dni.
* nie wnoszę zastrzeżeń do załączonego projektu umowy i zobowiązuję się do jej podpisania na warunkach określonych w umowie, w miejscu i w terminie wyznaczonym przez Ogłaszającego.
* wszystkie załączone dokumenty lub kserokopie są zgodne z aktualnym stanem faktycznym i prawnym.
* świadczenia wykonywane będą przy użyciu aparatury lub urządzeń gwarantujących wiarygodną diagnostykę i spełniających odpowiednie standardy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

……………………. ……………..………………………………………..

miejscowość, data własnoręczny podpis Oferenta (pieczęć)