*Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Zamawiającego, pieczęć*

**Zał. Nr 1.**

**FORMULARZ OFERTOWY**

*Nazwa Wykonawcy*: *…….………………………………………………………………………………………….*

*Adres Wykonawcy: …………….…………………………………………………………………………………..*

*Adres do korespondencji: …………………………………………………………………………………………*

*NIP/REGON: ………………………………………………………………………………………………………..*

*KRS (jeśli dotyczy)…………………………………………………………………………………………………..*

*Numer faks: …………………………………………………………………………………………………………..*

*Adres e-mail: ………………………………………………………………………………………………………...*

*Osoba upoważniona do kontaktowania się z Zamawiającym/numer faks/e-mail:*

*……………………………………………………………………………………………………………*

***Dostawa krwinek wzorcowych do układu ABO***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Przedmiot zamówienia** | **Jedn. miary op.** | **Cena jedn. netto** | **Cena jedn. brutto** | **Wartość Netto** | **Wartość VAT** | **Wartość Brutto** |
|  | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** |
| **1** | Konserwowane Krwinki Wzorcowe do układu ABO, w stężeniu ok. 25%, opakowanie 3x4ml | 48 op. |  |  |  |  |  |
| **RAZEM** |  |  |  |  |  |  |

*Krwinki dostarczane co miesiąc zgodnie z harmonogramem dostaw i terminem ważności krwinek do laboratorium Mogilno na koszt dostawcy, przy zachowaniu warunków przechowywania krwinek podczas transportu i dostawy w ilości 4 opakowań na miesiącach.*

***UWAGA ! Przed rozstrzygnięciem przetargu może być wymagane bezpłatne dostarczenie próbek kontraktowanego asortymentu z wymaganymi certyfikatami .***

*………………………… ………………………………………………….*

*Miejscowość, data Czytelny podpis osoby(osób)*

*upoważnionej(ych) do występowania w imieniu Wykonawcy*