|  |  |
| --- | --- |
| DKW.2233.55.2024.BM | Radom, dn. września 2024 r. |

**FORMULARZ OFERTOWY**

**na „Wybór wykonawcy badań laboratoryjnych dla osadzonych”**

Nazwa Wykonawcy: ....................................................................................................................

Adres Wykonawcy: ......................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

NIP…………………………………………….…………...…. REGON ..….……….………………………………….……………

Nr telefonu: ….......................................................... Nr faksu: …................................................

Email: …………………………………………………………………………………………………..…………………………………

1. Oferujemy wykonanie zamówienia zgodnie z wymaganiami określonymi w zaproszeniu do składania ofert nr sprawy DKw.2233.62.2022.BM i za cenę przedstawioną poniżej:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania 2024/2025 rok | Ilość badań | cena za 1 badanie | razem |
| 1 | AFP | **100** |  |  |
| 2 | Alat | **100** |  |  |
| 3 | Amylaza | **50** |  |  |
| 4 | Amyflaza mocz | **50** |  |  |
| 5 | APTT | **50** |  |  |
| 6 | Anty HBS - przeciwciała | **30** |  |  |
| 7 | Antygen Hbs | **30** |  |  |
| 8 | ASO ilościowo | **8** |  |  |
| 9 | Aspat | **100** |  |  |
| 10 | Barbiturany | **5** |  |  |
| 11 | Białko całkowite | **20** |  |  |
| 12 | Bilirubina całkowita | **20** |  |  |
| 13 | bolerioza IgG | **1** |  |  |
| 14 | Chlesterol całkowity | **100** |  |  |
| 15 | Cholesterol HDL | **50** |  |  |
| 16 | Cholesterol LDL | **50** |  |  |
| 17 | CK – kinaza fosforanowa | **5** |  |  |
| 18 | CK – MB Mass | **5** |  |  |
| 19 | CRP ilościowo | **50** |  |  |
| 20 | D-dimery, ilościowo | **50** |  |  |
| 21 | Elektrolity (NA, K) | **200** |  |  |
| 22 | Fibrynogen | **20** |  |  |
| 23 | Fosfor nieograniczony | **3** |  |  |
| 24 | fosfotaza zasadowa (ALP) | **5** |  |  |
| 25 | FT3 | **30** |  |  |
| 26 | FT4 | **30** |  |  |
| 27 | Gazometria | **50** |  |  |
| 28 | GGTP | **20** |  |  |
| 29 | glukoza | **100** |  |  |
| 30 | Grupa krwi | **30** |  |  |
| 31 | HbA1C | **20** |  |  |
| 32 | HCV przeciwciała/ anty- HCV | **20** |  |  |
| 33 | HCV RNA PCR ilościowo | **5** |  |  |
| 34 | HIV Ag/AB 9 Combo | **6** |  |  |
| 35 | HIV -1 RNA RT-PCR ilościowo (wiremia) | **3** |  |  |
| 36 | INR | **50** |  |  |
| 37 | Kał na krew utajoną | **3** |  |  |
| 38 | Kał na pasożyty | **5** |  |  |
| 39 | Kreatynina | **100** |  |  |
| 40 | Kwas moczowy | **20** |  |  |
| 41 | Kwas walproinowy, ilościowo | **5** |  |  |
|  |  |  |  |  |
| 42 | lipidogram | **40** |  |  |
| 43 | Magnez | **10** |  |  |
| 44 | Mocz b. ogólne | **200** |  |  |
| 45 | Mocz posiew | **20** |  |  |
| 46 | Mocznik | **150** |  |  |
| 47 | Morfologia | **300** |  |  |
| 48 | OB. | **100** |  |  |
| 49 | Plwocina BK | **12** |  |  |
| 50 | Próby wątrobowe(ALT, AST, ALP,BIL,GGTP) | **50** |  |  |
| 51 | Prolaktyna | **3** |  |  |
| 52 | Proteinogram | **3** |  |  |
| 53 | PSA całkowite | **20** |  |  |
| 54 | RF( Czynnik reumatoidalny) | **5** |  |  |
| 55 | Stosunek limfocytów CD4/CD8 | **5** |  |  |
| 56 | Testosteron | **3** |  |  |
| 57 | Trójglicerydy | **20** |  |  |
| 58 | TSH | **25** |  |  |
| 59 | Wapń całkowity | **5** |  |  |
| 60 | Wymaz z gardła | **10** |  |  |
| 61 | Wymaz z rany | **10** |  |  |
| 62 | Żelazo | **20** |  |  |
|  |  |  | **Razem** |  |

Kwota brutto słownie za całość zamówienia : .…………………….…………………………………….………….……

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Równocześnie oświadczamy, że:

1. jesteśmy związani ofertą przez okres 30 dni, licząc od terminu składania ofert.
2. Zamawiający zobowiązuje się do uiszczenia należności za wykonane badania przelewem na konto bankowe Wykonawcy wskazane na fakturze w terminie 30 dni od daty wpływu prawidłowo wystawionej faktury do siedziby Zamawiającego   
   wraz z dokumentami rozliczeniowymi po zakończonym miesiącu kalendarzowym.
3. nie posługiwaliśmy się w celu sporządzenia oferty osobami uczestniczącymi w przygotowaniu prowadzonego postępowania.
4. akceptujemy fakt, iż ilość badań lekarskich wyszczególnionych w tabeli powyżej, jest ilością szacunkową i służy jedynie wyłącznie do wyliczenia ceny oferty i wyboru Wykonawcy. Użyte przez Wykonawcę (który złoży ofertę najkorzystniejszą) do obliczenia ceny oferowanej, ceny jednostkowe będą stałe w okresie obowiązywania umowy.
5. Zamawiający nie ponosi konsekwencji finansowych zmniejszenia ilości badań. Wykonawcy należy się wynagrodzenie za faktycznie przeprowadzone badania.

………………………………. …………………………………………………………..

(data) ( pieczęć i podpis osoby upoważnionej do złożenia oferty)