***Załącznik nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**I. NAZWA I DOKŁADNY ADRES OFERENTA**

*.....................................................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................*

*.....................................................................................................................................................*

**NIP**.......................................................... **REGON**................*........................................................*

**TEL./ 0**......../............................................ **FAX**..........................................................................

**NR RACHUNKU** .........................................................................................................................

**ADRES EMAIL**............................................................................................................................

**NR WPISU DO WŁAŚCIWEGO REJESTRU I OZNACZENIE ORGANU DOKONUJĄCEGO WPISU**…………………………………….………………………………………………………………………………………………

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

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

**II. ZAKRES ŚWIADCZEŃ**

*Świadczenia w zakresie wykonywania badań w kierunku diagnostyki gruźlicy i mykobakterioz dla pacjentów Szpitala Zachodniego w Grodzisku Mazowieckim zgodnie z SWKO z dnia 07.12.2022 r.*

**III. CZAS TRWANIA UMOWY**

*Od 01.01.2023 r. do 31.12.2025 r.*

**IV. TERMIN PŁATNOŚCI** 3*0 dni od dnia otrzymania*  *faktury przez Udzielającego zamówienia.*

**V. OFERTA ZOSTAŁA ZŁOŻONA NA** *……………………………………………………...………* **PONUMEROWANYCH STRONACH.**

**V. OFERTA CENOWA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| NAZWA BADANIA | CENA JEDNOSTKOWA | SZACUNKOWA ILOŚĆ WYKONYWANYCH BADAŃ W OKRESIE 3 LAT |
| Posiew bakteriologiczny  w kierunku gruźlicy i mykobakteriozy |  | 75 |
| QuantiFERON – TB – test IGRA, wykrywający latentne zakażenie prątkiem gruźlicy |  | 20 |
| Identyfikacja prątków metodą molekularna |  | 3 |
| Oznaczenie lekooporności prątków gruźlicy na pożywkach płynnych na SM, INH, RMP, EMB |  | 20 |
| Oznaczenie lekooporności prątków gruźlicy na pożywkach płynnych na PZA |  | 20 |
| Oznaczenie lekooporności prątków gruźlicy na pożywkach płynnych na jeden lek (dodatkowe stężenie) |  | 20 |
| Oznaczenie lekooporności prątków gruźlicy na pożywkach płynnych na leki dodatkowe |  | 3 |

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

miejscowość, data pieczątka i podpis

Zatwierdził: Dyrektor

mgr Krystyna Płukis