Załącznik Nr 2

**O F E R T A CENOWA**

**W POSTĘPOWANIU O WARTOŚCI NIE PRZEKRACZAJĄCEJ KWOTY OKREŚLONEJ
W ART. 2 UST. 1 PKT 1) USTAWY  Z DNIA 11 WRZEŚNIA 2019 R. PRAWO ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH (Dz.U. 2019 poz. 2019 ze zm.)**

Nazwa i siedziba Wykonawcy ......................................................................................................................................................................................

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

tel/fax .............................................................................................................................................

e-mail: .............................................................................................................................................

Nazwa i siedziba Zamawiającego – Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Dęblinie ul. Rynek 14, 08-530 Dęblin.

Nawiązując do zaproszenia do złożenia oferty cenowej na Wykonywanie na rzecz pacjentów SPZOZ w Dęblinie świadczeń z zakresu diagnostyki laboratoryjnej, oferujemy wykonanie przedmiotu zamówienia za :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Opis przedmiotu zamówienia** | **Szacunkowa ilość/rok** | **Jednostka** | **Cena jednostkowa netto w zł.** | **Wartość netto w zł.** | **Stawka podatku VAT w %** | **Wartość podatku VAT w zł.** | **Cena jednostkowa brutto w zł.** | **Wartość brutto w zł.** | **Nr katalogowy/towarowy uwidaczniany na fakturze** |
| 1 | ALT | 40 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 | ASO | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 | AST | 40 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 | AMYLAZA | 18 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 5 | AMYLAZA W MOCZU | 1 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 | ANALIZA MOCZU | 60 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 7 | BADANIE OGÓLNE KAŁU | 2 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 8 | BIAŁKO CAŁKOWITE | 9 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | BIAŁKOMOCZ DOBOWY | 2 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 | BILIRUBINA BEZPOŚREDNIA | 1 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 11 | BILIRUBINA CAŁKOWITA | 15 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 12 | CRP | 40 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 13 | CHOLESTEROL CAŁKOWITY | 25 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 14 | CZAS KAOLINOWO-KEFALINOWY | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 15 | CZAS PROTROMBINOWY | 20 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 16 | CZYNNIK REUMATOIDALNY LATEX RF | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 17 | FT3 | 15 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 18 | FT4 | 15 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 19 | FIBRYNOGEN | 3 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 | FOSFATAZA ALKALICZNA | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 | GGTP | 20 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 22 | GLUKOZA TOG 75g GLUKOZY 3 GODZ. PO OBCIĄŻENIU | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 23 | GLUKOZA TOG 75 g 1 GODZ. PO OBCIĄŻENIU | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 24 | GLUKOZA TOG 50g 1 GODZ. PO OBCIĄŻENIU | 4 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 25 | GLUKOZA TOG 75g 2 GODZ. PO OBCIĄŻENIU | 20 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 26 | GLUKOZA NA CZCZO | 50 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 27 | HDL | 25 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 28 | HbA1c | 20 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 29 | K+ | 40 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 | KAŁ KREW UTAJONA | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 31 | KAŁ – PASOŻYTY 1X | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 32 | KAŁ PASOŻYTY BADANIE - 3X | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 33 | KAŁ PASOŻYTY BADANIE 3-KROTNE | 1 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 34 | KWAS MOCZOWY | 40 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 35 | MOCZNIK | 30 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 36 | MORFOLOGIA | 60 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 37 | MORFOLOGIA+ROZMAZ | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 38 | OB | 40 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 39 | PSA | 20 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 | POSIEW MOCZU BEZ ANTYBIOGRAMU | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 41 | POSIEW MOCZU Z ANTYBIOGRAMEM | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 42 | POZIOM ŻELAZA | 20 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 43 | RETIKULOCYTY | 4 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 44 | TSH | 60 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 45 | TRANSFERYNA | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 46 | VDRL -WR | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 47 | WAPŃ - DZM | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 48 | WYMAZ Z GARDŁA BEZ ANTYBIOGRAMU | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 49 | WYMAZ Z GARDŁA Z ANTYBIOGRAMEM | 10 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 | ALBUMINA | 20 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 51 | CHOLESTEROL - LDL | 50 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 52 | KERATYNINA | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 53 | PROTEINOGRAM | 5 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| 54 | WAPŃ CAŁKOWITY | 30 | Bad. |  |  |  |  |  |  |  |
| RAZEM WARTOŚĆ |  |

***Uwaga! Cena uwzględnia wszelkie koszty związane z wykonaniem badania łącznie dostarczeniem wyników w formie elektronicznej do Zamawiającego i w formie papierowej pacjentowi.***

Oferujemy kompleksowe wykonanie przedmiotu zamówienia określonego w niniejszym formularzu za cenę w wysokości:

wartość netto ............................................................. zł

podatek VAT ................%, ....................................... zł

wartość brutto ...............................................................zł

(słownie:......................................................................................................................................…..............................................................................)

Akceptujemy termin realizacji zamówienia.

Oświadczamy, że uważamy się za związanych niniejszą ofertą przez okres 30 dni od daty upływu terminu składania ofert.

Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z treścią Zaproszenia do złożenia oferty oraz Projektem umowy i nie wnosimy do nich żadnych zastrzeżeń, uzyskaliśmy wszystkie niezbędne informacje do złożenia oferty.

Oświadczam, że dysponuję odpowiednimi warunkami lokalowymi, aparaturą i sprzętem medycznym oraz personelem spełniającym wymogi przewidziane w przepisach prawa dla udzielania świadczeń zdrowotnych objętych ofertą.

Wykaz dokumentów załączanych do oferty:

1. …...................................................................................................................

2. …...................................................................................................................

3. …...................................................................................................................

4. …...................................................................................................................

5. …...................................................................................................................

 ..............................................................
 /Data, podpis i pieczęć osoby upoważnionej

 do reprezentowania Wykonawcy/