

**FORMULARZ OFERTY**

Dotyczy: **sprzedaż i dostawa odczynników i zestawów odczynnikowych do diagnostyki transplantologicznej metodami SSP oraz CDC dla Pracowni Typowania Tkankowego HLA Zakładu Diagnostyki Laboratoryjnej Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi.**

Oznaczenie wykonawcy – nazwa	NIP
Adres (ulica, miejscowość, powiat, województwo)	Regon
Imię i nazwisko osoby prowadzącej sprawę oraz nr telefonu: Imię i nazwisko: nr telefonu:	Forma kontaktu, czynnego całą dobę, za pomocą którego zamawiający będzie przysyłał stosowne dokumenty dotyczące przedmiotowego postępowania: Adres e-mail Wykonawcy: Jeśli dostępny: Nr fax:

1. Oferuję dostarczenie zestawów odczynników dla Wojewódzkiego Wielospecjalistycznego Centrum Onkologii i Traumatologii im. M. Kopernika w Łodzi w cenach zawartych w **załączniku nr 2 – formularz asortymentowo cenowy**.
2. Oferuję termin płatności **60 dni** od dnia doręczenia faktury.
3. Oferuję **czas realizacji dostawy** w terminie do **7 dni** (maksymalnie 7 dni) od dnia złożenia zamówienia.
4. Oferuję **czas realizacji reklamacji** w terminie do **7 dni** (maksymalnie 7 dni) od dnia złożenia reklamacji.
5. Osobą upoważnioną do realizacji zamówienia jest p. Aleksandra Sałagacka-Kubiak nr tel. 42 689 52 80; e-mail: pracownia_hla@kopernik.lodz.pl lub osoba przez nią upoważniona.

Podpis/kwalifikowany podpis/elektroniczny/podpis zaufany/podpis osobisty

