

Załącznik nr 1 do Zapytania Ofertowego

FORMULARZ OFERTOWY

Nazwa i adres Wykonawcy

NIP: REGON:

Nr konta bankowego:

tel.:, faks: e-mail:

1. Składając ofertę w postępowaniu **AEN/1W61/N/17/2/2017/EL/9089** oferujemy :

LP	ZAKRES BADAŃ						
	<p>Współpracę przy realizacji projektu badawczego pt. „Wpływ stosowania mioinozytolu na zachowanie parametrów gospodarki węglowodanowej i lipidowej u kobiet z cukrzycą ciążową oraz ryzyko występowania makrosomii u noworodków”, polegająca na wykonaniu u 80 matek z cukrzycą ciążową oraz 80 noworodków (dzieci kobiet włączonych do badania), następujących oznaczeń:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 160 szt. hemoglobiny glikowanej (HbA1c) u 80 matek, po dwa badania na jedną matkę włączoną do badania; • 160 szt. stężenia insuliny na czczo u 80 matek z cukrzycą ciążową, po dwa badania na jedną matkę włączoną do badania; • 80 szt. stężenia insuliny na czczo u 80 noworodków (dzieci kobiet włączonych do badania) po jednym badaniu na noworodka włączonego do badania. <p>Realizacja oferty rozliczana będzie w odniesieniu do kompletu badań u jednej matki oraz jednego noworodka, zgodnie z poniższą kalkulacją</p>						
LP	Komplet badań u jednej matki oraz jednego noworodka					Liczba kompletów badań	Całkowita wartość oferty z BRUTTO (z podatkiem)
	Badania wchodzące w skład kompletu badań	Wartość NETTO jednego kompletu badań	Stawka VAT	Wartość VAT właściwa dla jednego kompletu badań	Wartość BRUTTO jednego kompletu badań		
a	b	c	d	e	f = c+e	g	h = f*g
1.	<ul style="list-style-type: none"> • 2 szt. hemoglobiny glikowanej (HbA1c) u matki; • 2 szt. stężenia insuliny na czczo u matki; • 1 szt. stężenia insuliny na czczo u 80 noworodków (dzieci kobiet włączonych do badania) po jednym badaniu na noworodka włączonego do badania. 					80	

Wartość netto jednego kompletu badań (=c) zł (słownie:);

Wartość brutto jednego kompletu badań (=f) zł z VAT (słownie:);

CAŁKOWITA wartość oferty BRUTTO (z podatkiem) (=h)zł z VAT (słownie:)

2. Cena zawiera wszystkie koszty związane z wykonaniem zamówienia.
3. Zobowiązujemy się wykonać przedmiot zamówienia nie później niż do **30 listopada 2018 r.**
4. Oświadczamy, że zapoznaliśmy się z warunkami określonymi w zaproszeniu do składania ofert cenowych
5. Oświadczamy, że uważamy się związani ofertą przez okres 30 dni od ostatecznego terminu składania ofert.
6. Oświadczamy, że wyrażamy zgodę na 30 dniowy termin płatności, liczony od daty wpływu prawidłowo wystawionej faktury do siedziby Zamawiającego: Warszawski Uniwersytet Medyczny, ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa, pok. 009.
7. Akceptujemy formę przekazania informacji o wyniku niniejszego postępowania za pośrednictwem strony internetowej <http://dzialnauki.wum.edu.pl/zapytania-ofertowe>.
8. Oświadczamy, że posiadamy:
 - a) poradnię patologii ciąży, wpisaną do Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem:
 - b) umowę z NFZ w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna pod numerem:
 - c) laboratorium wpisane do rejestru medycznych laboratoriów diagnostycznych, prowadzonego przez Krajową Izbę Diagnostów Laboratoryjnych pod numerem:

Ofertę składamy na kolejno zapisanych, ponumerowanych stronach.

....., dnia

.....
(*podpis i pieczęć uprawnionego/nych przedstawicieli Wykonawcy*)