**Załącznik nr 2 do Ogłoszenia Formularz asortymentowo-cenowy**

**FORMULARZ ASORTYMENTOWO-CENOWY**

umożliwiający klasyfikację oferty w kryterium cena

Dane Oferenta - nazwa Oferenta i adres siedziby

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

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

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Zakres analizy/ metoda/ uwagi** | **Przewidywana liczba badań w trakcie trwania umowy  (2 lata)** | **Czas oczekiwania na wynik** | **Cena jednostkowe za badanie** | **Wartość zamówienia**  **(6 = 3 x 5)** |
|  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| **1** | **Achondroplazja** | **Badanie mutacji p.G380R (G>A oraz G>C) w genie FGFR3** | **20** |  |  |  |
| **2** | **Hypochondroplazja** | **Identyfikacja najczęstszego wariantu patogennego p.Asn540Lys oraz innych wariantów patogennych występujących w eksonie 13 genu FGFR3** | **50** |  |  |  |
| **3** | **ZESPÓŁ BPES – Blepharophimosis, ptosis and epicanthus inversus** | **Badanie całego regionu kodującego genu FOXL2** | **10** |  |  |  |
| **4** | **Zespół nietrzymania barwnika (incontinentia pigmenti)** | **Badanie rozległej delecji (11,7kb) w genie IKBKG (inna nazwa genu NEMO) testem MLPA P073** | **20** |  |  |  |
| **5** | **Hiperbilirubinemia - Zespół Gilberta** | **Sekwencjonowanie metodą Sangera** | **100** |  |  |  |
| **6** | **Zespół von Hippla-Lindaua (naczyniakowatość siatkówkowo-móżdżkowa)** | **Badanie mutacji w genie VHL** | **10** |  |  |  |
| **7** | **Zespół von Hippla-Lindaua (naczyniakowatość siatkówkowo-móżdżkowa)** | **MLPA - Badanie rozległych rearanżacji (delecji i duplikacji) w genie VHL** | **10** |  |  |  |
| **8** | **Ataksja Friedreicha (FRDA) GEN/REGION FXN** | **Identyfikacja mutacji dynamicznej** | **10** |  |  |  |
| **9** | **Encefalopatie padaczkowe** | **zgodnie ze złożoną ofertą** | **100** |  |  |  |
| **10** | **Inaktywacja chromosomu X** | **Status inaktywacji chromosomu X** | **20** |  |  |  |
| **11** | **FISH ze znakowaną sondą locus specyficzną przygotowaną w Pracowni** | **GEN- 105A** | **100** |  |  |  |
| **12** | **FISH z komercyjną sondą locus specyficzną** | **Gen- 105B** | **100** |  |  |  |
| **13** | **Rybia łuska, rogowce** | **metodą NGS z oceną zmian typu SNV i CNV** | **30** |  |  |  |
| **14** | **Panel nadciśnienie płucne** | **metodą NGS z oceną zmian typu SNV i CNV** | **30** |  |  |  |
| **15** | **Kraniosynostozy** | **metodą NGS z oceną zmian typu SNV i CNV** | **30** |  |  |  |
| **16** | **Analiza sekwencji kodującej genów, związanych z występowaniem wskazanych objawów klinicznych, wykonywana na podstawie badania pełnoeksomowego (WES) – obejmuje analizę SNV i CNV** | **metodą NGS** | **100** |  |  |  |
| **17** | **Dystrofia miotoniczna DM - 2 typy (DM1 i 2)** | **dowolną metodą uznaną za rekomendowaną przez zespół ekspertów EMQN, CLINGEN** | **20** |  |  |  |
| **18** | **Dystrofia miotoniczna DM – badanie pojedynczego typu (DM1 lub 2)** | **dowolną metodą uznaną za rekomendowaną przez zespół ekspertów EMQN, CLINGEN** | **20** |  |  |  |
| **19** | **Zakrzepica (trombofilia wrodzona, nadkrzepliwość)** | **dowolną metodą uznaną za rekomendowaną przez zespół ekspertów EMQN, CLINGEN** | **100** |  |  |  |
| **20** | **Zapalenie trzustki** | **panel GEN66M** | **100** |  |  |  |
| **21** | **Zespół hemolityczno-mocznicowy** | **metodą NGS z oceną zmian typu SNV i CNV** | **30** |  |  |  |
| **22** | **Hipercholesterolemia rodzinna** | **metodą NGS z oceną zmian typu SNV i CNV** | **50** |  |  |  |
| **23** | **Choroba Parkinsona/dystonia** | **Analiza sekwencji całego regionu kodującego >20 genów związanych z chorobą, m.in PRKN i PARK7, wykonywana na podstawie badania pełnoeksomowego (WES).** | **10** |  |  |  |
| **24** | **Analiza polimorfizmów GeneScan** | **alternatywna analiza fragmentów (Tylko etap rozdziału elektroforetycznego w analizatorze kapilarnym (GenScan) produktów przygotowanych i przesłanych przez Zamawiającego z uwzględnieniem kalibracji wzorca wielkości (tzw. analiza fragmentów); Wynik przekazany on-line Zamawiajacemy w formie surowych danych (Pliki FASTA DNA)** | **100** |  |  |  |
| **25** | **Choroba Pelizaeusa-Merzbachera (PLP)** | **test MLPA (P022)** | **10** |  |  |  |
| **26** | **Ceroidolipofuscynoza** | **Analiza sekwencji kodującej 13 genów ATP13A2, CLN3, CLN5, CLN6, CLN8, CTSD, CTSF, DNAJC5, GRN, KCTD7, MFSD8, PPT1 i TPP1, związanych z występowaniem objawów klinicznych, wykonywana na podstawie sekwencjonowania nowej generacji.** | **30** |  |  |  |
| **27** | **Naczyniaki jamiste ośrodkowego układu nerwowego** | **CCM2; KRIT1; PDCD10; RASA1** | **20** |  |  |  |
| **28** | **Panel niskorosłość** | **panel genów** | **100** |  |  |  |
| **29** | **Zespół Marfana, Zespół Loeysa-Dietza - panel podstawowy** | **FBN1; FBN2; SMAD3; TGFB2; TGFB3; TGFBR1; TGFBR2** | **100** |  |  |  |
| **30** | **MS-MLPA z zastosowaniem sond ME031-B2 GNAS (MRC-Holland)** | **metodą MS-MLPA** | **20** |  |  |  |
| **31** | **Analiza pojedynczego genu metodą NGS z oceną SNV i CNV dostępnego w ofercie laboratorium** | **metodą NGS z ocena SNV i CNV** | **200** |  |  |  |
| **32** | **Analiza pojedynczego genu metodą NGS z oceną SNV dostępnego w ofercie laboratorium** | **metodą NGS z oceną zmian typu SNV** | **200** |  |  |  |
| **33** | **Analiza metodą Sangera wybranego genu obejmującego max 5 eksonów dostępna w ofercie laboratorium** | **Analiza sekwencjonowania metodą Sangera wybranego genu obejmująca max. 5 eksonów (amplikonów) z interpretacją wyniku (sprawozdanie) - dla 1 próbki** | **100** |  |  |  |
| **34** | **Niedosłuch wrodzony - Niesyndromiczny niedosłuch wrodzony o autosomalnym recesywnym sposobie dziedziczenia (DFNB1). Identyfikacja patogennych wariantów c.35delG, c.313\_326del14, innych wariantów patogennych w całym regionie kodującym genu GJB2 oraz wariantu patogennego c.-23+1G>A (IVS1+1G>A)** | **Niesyndromiczny niedosłuch wrodzony o autosomalnym recesywnym sposobie dziedziczenia (DFNB1). Identyfikacja patogennych wariantów c.35delG, c.313\_326del14, innych wariantów patogennych w całym regionie kodującym genu GJB2 oraz wariantu patogennego c.-23+1G>A (IVS1+1G>A)** | **300** |  |  |  |
| **35** | **Niedosłuch wrodzony - Identyfikacja najczęstszych rozległych delecji GJB6-D13S1830 i GJB6-D13S1854 w obrębie genu GJB6 - diagnostyka uzupełniająca po procedurze GJB2-2** | **Identyfikacja najczęstszych rozległych delecji GJB6-D13S1830 i GJB6-D13S1854 w obrębie genu GJB6 - diagnostyka uzupełniająca po procedurze GJB2-2** | **100** |  |  |  |
| **36** | **Sekwencjonowanie wg Sangera dowolnego markera molekularnego, obejmujące analizę projektowania starterów (forward i rewerse), amplifikacji, znakowania i elektroforezy kapilarnej do uzyskania informacyjnego wyniku w formie raw data w obu kierunkach (3' i 5') sekwencji (bez analizy i interpretacji)** | **1/ Analiza dowolnego markera (amplikonu) bez interpretacji i sprawozdania z badania** | **500** |  |  |  |
| **37** | **Sekwencjonowanie wg Sangera dowolnego markera molekularnego, obejmujące analizę projektowania starterów (forward i rewerse), amplifikacji, znakowania i elektroforezy kapilarnej do uzyskania informacyjnego wyniku w formie raw data w obu kierunkach (3' i 5') sekwencji (bez analizy i interpretacji)\*** | **2/ Analiza dowolnego markera (amplikonu) bez interpretacji i sprawozdania z badania - zestaw ≥3 próbek/marker** | **400** |  |  |  |
| **38** | **Dziedziczna dystrofia siatkówki - Dziedziczna dystrofia siatkówki, w tym Retinitis pigmentosa (RP) oraz zespoły z dystrofią siatkówki. Analiza przesiewowa ponad 300 genów, obejmująca także znane warianty , z wykorzystaniem metody sekwencjonowania nowej generacji, z analizą CNV.** | **Dziedziczna dystrofia siatkówki, w tym Retinitis pigmentosa (RP) oraz zespoły z dystrofią siatkówki. Analiza przesiewowa ponad 300 genów, obejmująca także znane warianty , z wykorzystaniem metody sekwencjonowania nowej generacji, z analizą CNV.** | **40** |  |  |  |
| **39** | **Dziedziczna dystrofia siatkówki - Weryfikacja wyniku NGS metodą Sangera (analiza wybranego markera dla więcej niż 2 próbek z interpretacją wyniku (sprawozdanie)** | **Weryfikacja wyniku NGS metodą Sangera (analiza wybranego markera dla więcej niż 2 próbek z interpretacją wyniku (sprawozdanie)** | **50** |  |  |  |
| **40** | **Dziedziczna dystrofia siatkówki - Weryfikacja wyniku NGS metodą Sangera (analiza wybranego markera dla 1 próbki z interpretacją wyniku (sprawozdanie)** | **Weryfikacja wyniku NGS metodą Sangera (analiza wybranego markera dla 1 próbki z interpretacją wyniku (sprawozdanie)** | **50** |  |  |  |

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 3 do Ogłoszenia**

**Dane dotyczące Udzielającego Zamówienia:**

Nazwa: **INSTYTUT „POMNIK-CENTRUM ZDROWIA DZIECKA”**

Siedziba: **04-730 Warszawa, al. DZIECI POLSKICH 20**

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Dane dotyczące Przyjmującego Zamówienie:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa firmy pod którą działa Oferent** | |  |
| **ADRES** | **Kod pocztowy** |  |
| **Miejscowość** |  |
| **Ulica** |  |
| **Nr domu/ lokalu** |  |
| **NIP** |  | |
| **REGON** |  | |
| **Adres email** |  | |
| **Telefon** |  | |

**Zobowiązania Przyjmującego Zamówienie:**

Udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań genetycznych na rzecz pacjentów Instytutu „Pomnik – Centrum Zdrowia Dziecka”- 40 pakietów, nr sprawy KO/CZD/17/24**:**

1. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią ogłoszenia o konkursie zawierającym w szczególności przedmiot konkursu, kryteria oceny ofert oraz warunki stawiane oferentom.
2. Oświadczam, że zapoznałem się z treścią *Istotnych Postanowień Umowy* stanowiących załącznik nr 1   
   do Ogłoszenia oraz z *klauzulą informacyjną* dotyczącą przetwarzania danych osobowych osób zawierających umowy o świadczenia zdrowotne dostępną na stornie internetowej www.czd.pl, w zakładce *O Instytucie sekcja Ochrona Danych Osobowych, Kontrahenci* i nie zgłaszam do nich żadnych uwag.
3. Oświadczam, że dane zawarte w złożonych dokumentach, o których mowa w pkt. 6 Ogłoszenia są aktualne na dzień składania ofert.
4. Oświadczam, że świadczenia zdrowotne będące przedmiotem konkursu, będą udzielane samodzielnie bez zlecania ich w części lub całości podwykonawcom -spełnienie warunku o którym mowa w punkcie 6.9 Ogłoszenia

……................., dnia ……………….. ……………………………………..

*(podpis Oferenta)*

**Spis załączników:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Rodzaj dokumentu** | **Dołączono do oferty (zaznaczyć „x”)** | |
| **TAK** | **NIE** |
| 1 | Formularz Ofertowy- według załącznika nr 3 do ogłoszenia |  |  |
| 2 | Formularz asortymentowo-cenowy- według załącznika nr 2 do ogłoszenia |  |  |
| 3 | Zaświadczenie o wpisie Oferenta do Rejestru Podmiotów wykonujących działalność leczniczą. |  |  |
| 4 | Uwierzytelniona z oryginałem kopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji prowadzonej przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych lub oświadczenie Oferenta, że laboratorium wpisane jest do ewidencji Krajowej Rady Diagnostów Laboratoryjnych ze wskazaniem numeru wpisu. |  |  |
| 5 | Aktualny (nie starszy niż 6 miesięcy) odpis z Krajowego Rejestru Sądowego |  |  |
| 6 | Pełnomocnictwo dla osoby podpisującej ofertę, jeżeli Ofertę podpasuje pełnomocnik. |  |  |
| 7 | Wykaz osób i kwalifikacji zawodowych pracowników – załącznik nr 4  do ogłoszenia |  |  |
| 8 | Oświadczenie Oferenta, że posiada odpowiednie warunki lokalowe oraz wykaz wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny –załącznik nr 5 do ogłoszenia |  |  |
| 9 | Uwierzytelniona z oryginałem kopia aktualnej polisy OC, potwierdzająca zawarcie umowy ubezpieczenia z tytułu odpowiedzialności cywilnej Oferenta w wysokości nie niższej niż wynikająca z Rozporządzenia Ministra Finansów z dnia 29.04.2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o której mowa w art. 8 pkt. 1 lit. b i pkt. 2 ustawy, tj.: 75 000 euro w odniesieniu do jednego zdarzenia i 350 000 euro w odniesieniu do wszystkich zdarzeń lub oświadczenie Oferenta, że najpóźniej w dniu podpisania umowy przedstawi Udzielającemu Zamówienie kopię przedmiotowego dokumentu w wysokości nie niższej niż opis powyżej |  |  |
| 10 | Aktualny certyfikat/y potwierdzający/e udział w kontroli zewnątrz laboratoryjnej dla wskazanych pakietu wskazanego w Formularzu asortymentowo-cenowym |  |  |
| 11 | Oświadczenie o udziale w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczenia wskazanego w formularzu asortymentowo-cenowym dla wybranego pakietu –  według załącznika nr 10 |  |  |
| 12. | Zgoda na przetwarzanie danych osobowych (załącznik nr 6 do ogłoszenia) |  |  |
| 13. | Akredytacja potwierdzająca spełnienie wymagań normy PN-EN ISO/IEC 17025 lub równoważna |  |  |
| 14. | Załącznik nr 7 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność |  |  |
| 15. | Załącznik nr 8 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość |  |  |
| 16. | Załącznik nr 9 do Ogłoszenia- Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość |  |  |

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 4 do Ogłoszenia**

**WYKAZ OSÓB I KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Wykształcenie** | **Stanowisko** | **Kwalifikacje** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1 W wykazie należy uwzględnić **jedynie** pracowników laboratorium, wykonujących procedury medyczne będące przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/17/24

**Załącznik nr 5 do Ogłoszenia**

**OŚWIADCZENIE OFERENTA**

Oświadczam, żelaboratorium ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(podać nazwę i siedzibę laboratorium)

posiada oczekiwane warunki lokalowe oraz elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny) w zakresie niezbędnym do wykonania zamówienia będącego przedmiotem Konkursu Ofert KO/CZD/17/24.

**WYKAZ WYPOSAŻENIA W APARATURĘ i SPRZĘT MEDYCZNY 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Wyposażenie laboratorium** | **Producent, typ, rok produkcji** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

1 W wykazie należy uwzględnić **jedynie** te elementy wyposażenia (aparaturę i sprzęt medyczny), niezbędny do wykonania procedur medycznych będących przedmiotem konkursu ofert KO/CZD/17/24

**Załącznik nr 6 do Ogłoszenia**

**Zgoda na przetwarzanie danych osobowych -** dotyczy podmiotów leczniczych

Ja, niżej podpisana/podpisany………………………………………………………………….

w związku z ubieganiem się o zawarcie umowy w ramach ogłoszonych przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie konkursów na świadczenia zdrowotne opartych o ustawę o działalności leczniczej, na podstawie art. 6 ust.1 pkt a Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych Dz.U.UE.L.2016.119.1) oświadczam, że osoba/y wyznaczone do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem wyraziła/y zgodę na przetwarzanie i udostępnianie swoich danych osobowych, przez Instytut Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie oraz jednocześnie oświadczam, że osoba/y wyznaczone przez oferenta do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem zapoznała/ły się z treścią klauzuli informacyjnej dotyczącej przetwarzania danych osobowych.

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**Załącznik nr 7 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium dostępność 1**

Potwierdzam, że **punkt przyjęć materiału** znajduje się pod adresem

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

(wpisać adres udzielania świadczeń)

Odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do **punkt przyjęć materiału** objętego postępowaniem wynosi odpowiednio (do wyboru - poprzez zaznaczenie x ):

A. Poniżej 20 km,

B. Powyżej 20 km

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**1** W przypadku, gdy Oferent nie wskaże Oświadczenia dot. odległość w jedną stronę od Udzielającego Zamówienia do miejsca udzielania świadczeń, Udzielający Zamówienia sam określi odległość z wykorzystaniem nawigacji https://Google.pl/maps i przyzna punkty.

Jeżeli punkt przyjęć materiału Oferenta znajduje się w odległości powyżej 60 km od siedziby Udzielające zamówienia koszt transportu pozostaje po stronie Przyjmującego zamówienie.

**Załącznik nr 8 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium ciągłość 2**

Oświadczam, że kieruje podmiotem, w którym świadczenia objęte umową realizowane są (do wyboru poprzez zaznaczenie x)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer pakietu** | **Nazwa pakietu** | **nie dłużej niż 2 lata** | **dłużej niż 2 lata, ale nie dłużej niż 5 lat** | **dłużej niż 5 lat** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

**2**W przypadku, gdy Oferent nie uzupełni/ nie przedstawi Oświadczenia dot. realizacji oznaczeń wskazanych w Formularzu asortymentowo-cenowym Udzielający Zamówienia uzna, że Oferent posiada jedynie powyżej 2 lat doświadczenia (warunek formalny) i przyzna 0 punktów w kryterium Ciągłość

**Załącznik nr 9 do Ogłoszenia**

**Oświadczenie Oferenta - dot. klasyfikacji Oferty w kryterium kompleksowość 3**

Oświadczam, że kieruję podmiotem, który posiada narzędzie informatyczne np. Panel klienta lub równoważny i po podpisaniu umowy udostępnię go Udzielającemu Zamówienie w celu możliwości m.in. odbioru wyniku badań online.

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

3 W przypadku, gdy Oferent nie przedstawi/ nie uzupełni oświadczenia Udzielający Zamówienia przyzna 0 punktów i nie wezwie do uzupełnienia oferty.

**Załącznik nr 10 do Ogłoszenia**

**Potwierdzam/nie potwierdzam** udział/udziału w kontroli zewnątrzlaboratoryjnej dla oznaczenia   
wskazanego w formularzu asortymentowo–cenowym dla wybranego pakietu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Numer pakietu** | **Nazwa pakietu** | **Potwierdzam \*** | **Nie potwierdzam** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

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

(Miejscowość, data) (podpis Oferenta)

\*wymagane przedstawienie certyfikatu potwierdzającego udział w kontroli zewątrzlaboratoryjnej