**formularz ofertowy**

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO ZAPYTANIA OFERTOWEGO NR 21 11 2024 A**

**Dane Oferenta**:

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Nazwa:** |  |
| 1. **Adres siedziby:** |  |
| 1. **NIP:** |  |
| 1. **Osoba uprawniona do kontaktowania się z Zamawiającym:** | |
| imię i nazwisko: |  |
| telefon: |  |
| adres e-mail: |  |

**Część zamówienia: Część 1**

**Nazwa i kod CPV: 33696500-0: Odczynniki laboratoryjne**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pozycja** | **Przedmiot** | **Wielkość opakowania** | **Ilość opak.** | **Numer katalogowy** | **Cena netto za 1 opak. (cena jednostkowa)** | **Wartość**  **netto  (ilość opak. x cena jednostkowa)** |
| 1. | **Gene Expression Assay Set** | 250 testów | 1 |  |  |  |
| 2. | **Master Mix for use with qPCR, 2x concentrated** | 5 ml | 1 |  |  |  |
| **Cena sumaryczna netto, SUMA wartości netto**  **(Wartość ta będzie stanowić przedmiot porównania ofert i wartość umowy dla części 1):** | | | | | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **LP.** | **Zasady realizacji zamówienia** | **Potwierdzenie wymagań**  **(TAK/NIE)** | **Opis parametrów oferowanych** |
| A | MIEJSCE DOSTARCZENIA MATERIAŁÓW: siedziba Zamawiającego |
| B | WARUNKI PŁATNOŚCI: termin płatności za fakturę nie krótszy niż 30 dni kalendarzowych. |  |  |
| C | TERMIN DOSTAWY: max. 21 dni kalendarzowych od dnia złożenia zamówienia. |  |  |

* Termin ważności oferty = ……. (minimum 28 dni kalendarzowych od dnia jej złożenia).
* Data: ………………………