

**Załącznik nr 1**

do Szczegółowych warunków konkursu ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych w Megrez sp. z o.o. Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach

Tychy dnia, .....2013 r.

Megrez Sp. z o.o.  
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny w Tychach  
Ul. Edukacji 102  
43-100 Tychy

**OFERTA**

**na udzielanie świadczeń zdrowotnych w siedzibie Oferenta w zakresie  
oceny preparatów histopatologicznych wycinków skóry.**

**1. Dane Oferenta:**

.....  
(imię i nazwisko/nazwa Oferenta)

.....  
(adres/adres siedziby Oferenta)

Adres do korespondencji (w przypadku, gdy jest inny niż adres Oferenta w/w)

.....  
.....

**WARTOŚĆ OFERTY**

Wartość brutto oceny jednego preparatu wynosi .....zł.

(słownie:.....