Załącznik do wezwania

(pieczęć Wykonawcy)

**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej**

 **Centralny Szpital Kliniczny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi,**92-213 Łódź,ul. Pomorska 251

**FORMULARZ OFERTY DODATKOWEJ**

NAZWA WYKONAWCY: ………………………………………………………………………………………………..

ADRES WYKONAWCY: ……………………………………………………………..…………………………………..

NIP: ………………………...... REGON: ………………………......

W odpowiedzi na wezwanie SPZOZ Centralnego Szpitala Klinicznego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi do złożenia oferty dodatkowej w prowadzonym konkursie ofert z dnia 18.06.2018 r. na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie badań genetycznych w pakiecie nr 2 – badanie wolnego płodowego DNA III przedkładam ofertę dodatkową:

Cena brutto za 1 badanie – Pakiet nr 2: ………………………

Cena brutto oferty – Pakiet nr 2: ……………………… (słownie:…………………………………………..…)

Oświadczam, iż w pozostałym zakresie oferta jest zgodna z ofertą złożoną w przedmiotowym postępowaniu do dnia 26.06.2018r.

……………………………………………………………………………

 ( podpis osoby uprawnionej lub osób uprawnionych

 do reprezentowania Wykonawcy)