**FORMULARZ ROZEZNANIA CENOWEGO**

dotyczący szacowania wartości zamówienia na wykonanie badania MR w ramach projektu pn. „Poszukiwanie wariantów genetycznych związanych z odpowiedzią metaboliczną na krótkotrwałe leczenie doustnym semaglutydem - Genetics of the Acute Response to Oral Semaglutide (GAROS)”, finansowanego przez UMB.

1. **DANE WYKONAWCY**

Nazwa: ………………………………………………………………………………………………

Adres: ………………………………………………………………………………………………

Osoba do kontaktu: ………………..…………………………………………………………

e-mail, telefon: ………………………………………………………………………………….

oferujemy wykonanie zamówienia za cenę:

**Badanie MR jednego pacjenta**

**brutto:………....….....…………… zł**

**słownie brutto:………..........................................................................................………………………,**

**netto:………....….....…………… zł**

**słownie netto:………..........................................................................................………………………,**

Podana przez nas cena zawiera wszelkie koszty związane z realizacją przedmiotu zamówienia.

Przyjmuję do wiadomości, że zaproszenie do złożenia oferty szacunkowej nie stanowi oferty w myśl art. 66 Kodeksu cywilnego, jak również nie jest ogłoszeniem o zamówieniu publicznym w rozumieniu Ustawy z dnia 11 września 2019 r. Prawo Zamówień Publicznych, a złożenie przeze mnie oferty szacunkowej nie rodzi roszczenia o zawarcie umowy, stanowi jedynie podstawę szacunku kosztów Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

…………………............………………

 (data i podpis)