**FORMULARZ ROZEZNANIA CENOWEGO**

dotyczący postępowania na wyłonienie Wykonawcy do obsługi badania klinicznego w zakresie zabezpieczenia produktu badanego. Badanie kliniczne realizowane w ramach projektu pn. „Randomizowane badanie kliniczne oceniające wpływ desmopresyny na ilość powikłań krwotocznych po biopsji nerki STOP BLEED (SafeTy Outcomes Post kidney Biopsy - randomized cLinical Evaluation of Efficacy of Desmopressin).” nr 2021/ABM/01/00010, finansowanego ze środków budżetu państwa od Agencji Badań Medycznych.

1. **DANE WYKONAWCY**

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

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

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

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

oferujemy wykonanie zamówienia za łączną cenę:

**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)