

....., dnia ..... r.

.....  
[pieczęćka firmowa]**OFERTA****I. DANE WYKONAWCY:**

1. **Pełna nazwa** .....
2. **Adres i siedziba** [kod, miejscowość, ulica, powiat, województwo]  
.....
3. **Adres do korespondencji** [wypełnić jeśli jest inny niż adres siedziby]  
.....
4. **REGON** .....
5. **Telefon** [z numerem kierunkowym] .....
6. **Faks** [z numerem kierunkowym] .....
7. **E-mail** .....

**II. PRZEDMIOT OFERTY:**

dotyczy zamówienia publicznego prowadzonego w trybie „przetargu nieograniczonego” przez:  
**Zakład Zamówień Publicznych przy Ministrze Zdrowia, Al. Jerozolimskie 155, 02-326 Warszawa**  
 prowadzący postępowanie w imieniu **KRAJOWEGO CENTRUM DS. AIDS**  
 na podstawie udzielonego pełnomocnictwa

znak: **ZZP- 173/17** na:

**ZAKUP WYROBÓW MEDYCZNYCH DO DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ CZĘŚĆ 1-6**  
**Z DOSTAWĄ DO MAGAZYNU DEPOZYTOWEGO CZĘŚCI 1÷5**

(należy podać wszystkie numery części, na które Wykonawca składa ofertę i wypełnić właściwe tabele cenowe - pkt III)

\* wypełnić fakultatywnie

## III. PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE CENY OFERTY I KRYTERIÓW

CZEŚĆ 1

**ODCZYNNIKI I WSZYSTKIE KOMPONENTY OPARTE NA TECHNOLOGII REAL TIME PCR ZGODNE Z APARATURĄ m2000rt™ i m2000sp™, DO OZNACZANIA POZIOMU WIREMII HIV RNA.**

1. Cena oferty

Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I WYTWÓRCA	LICZBA EFEKTYWNYCH WYNIKÓW	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3
	<b>3800</b>	

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ cło: ..... %                      → VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3(kwota łączna) – wynosi słownie: .....

**Cena jednostkowa brutto za 1 efektywny wynik wynosi:** .....

*(dopuszczą się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)*

2. Termin ważności przedmiotu zamówienia (waga w ocenie ofert : 35 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - **min.** \_\_\_\_\_ **miesiący** od daty dostawy do magazynu depozytowego.

3. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. (kryterium nr 3):

CZEŚĆ 2

**ODCZYNNIKI DO OZNACZANIA POZIOMU WIREMII HIV RNA,  
OPARTYCH NA TECHNOLOGII REAL TIME PCR.**

1. Cena oferty

Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I WYTWÓRCA	LICZBA EFEKTYWNYCH WYNIKÓW	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3

	7900	
--	------	--

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ cło: ..... %                      → VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3(kwota łączna) – wynosi słownie: .....

**Cena jednostkowa brutto za 1 efektywny wynik wynosi:** .....

*(dopuszcza się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)*

**2. Termin ważności przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert : 35 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - **min.** \_\_\_\_\_ **miesiący** od daty dostawy do magazynu depozytowego.

**3. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. (kryterium nr 3):

### CZĘŚĆ 3

#### ODCZYNNIKI I WSZYSTKIE KOMPONENTY OPARTE NA TECHNOLOGII REAL TIME PCR, ZGODNE Z APARATURĄ COBAS® TaqMan® 48 (rok produkcji 2010), DO OZNACZANIA POZIOMU WIREMII HIV RNA.

##### 1. Cena oferty

Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I WYTWÓRCA	LICZBA EFEKTYWNYCH WYNIKÓW	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3
	3050	

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ cło: ..... %                      → VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3(kwota łączna) – wynosi słownie: .....

**Cena jednostkowa brutto za 1 efektywny wynik wynosi:** .....

*(dopuszcza się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)*

**2. Termin ważności przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert : 35 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - **min.** \_\_\_\_\_ **miesiący** od daty dostawy do magazynu depozytowego.

**3. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. (kryterium nr 3):

#### CZEŚĆ 4

**ODCZYNNIKI OPARTE NA TECHNOLOGII REAL TIME PCR, ZGODNIE Z APARATURĄ COBAS® AmpliPrep i COBAS® TaqMan®, DO OZNACZANIA POZIOMU WIREMII HIV RNA.**

##### 1. Cena oferty

**Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I WYTWÓRCA	LICZBA EFEKTYWNYCH WYNIKÓW	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>
	<b>5500</b>	

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ **cło:** ..... %                      → **VAT:** ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3(kwota łączna) – wynosi słownie: .....

**Cena jednostkowa brutto za 1 efektywny wynik wynosi:** .....

*(dopuszczą się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)*

**2. Termin ważności przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert : 35 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - **min.** \_\_\_\_\_ **miesiący** od daty dostawy do magazynu depozytowego.

**3. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. (kryterium nr 3):

#### CZEŚĆ 5

**Odczynniki do identyfikacji i oceny ilościowej limfocytów CD3/CD4 oraz CD3/CD8 metodą immunofluorescencji przy użyciu cytometrów przepływowych BD FACS Scan, BD FACS Sort i BD FACS Calibur, wykorzystujących program BD Multiset oraz BD FACS Canto, w którym program BD Multiset jest częścią składową oprogramowania BD FACS Canto Software.**

##### 1. Cena oferty

**Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I WYTWÓRCA	LICZBA EFEKTYWNYCH WYNIKÓW	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3
	14000	

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ cło: ..... %                      → VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3(kwota łączna) – wynosi słownie: .....

**Cena jednostkowa brutto za 1 efektywny wynik wynosi:** .....

*(dopuszcza się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)*

**2. Termin ważności przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert : 35 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności - min. \_\_\_\_\_ miesięcy od daty dostawy do magazynu depozytowego.

**3. Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. (kryterium nr 3):

#### CZEŚĆ 6

**Odczynniki przeznaczonych do zautomatyzowanego cytometru przepływowego Aquios firmy Beckman Coulter rok prod. 2014, działającego jako system zamknięty, przeznaczonego do oznaczania limfocytów w krwi pełnej, metodą immunofluorescencji.**

##### 1. Cena oferty

**Wartość wpisana w kolumnie 3 jest ceną ofertową braną pod uwagę przy porównaniu ofert** (waga w ocenie ofert : 60 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.1. SIWZ (kryterium nr 1):

NAZWA PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA TYP I WYTWÓRCA	LICZBA EFEKTYWNYCH WYNIKÓW	CENA CAŁKOWITA BRUTTO ZA CAŁOŚĆ PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA*
1	2	3
	600	

\* cena brutto wyrażona do 2 miejsc po przecinku

→ cło: ..... %                      → VAT: ..... %

Cena całkowita brutto – za całość przedmiotu zamówienia – zgodnie z kolumną Nr 3(kwota łączna) – wynosi słownie: .....

Cena jednostkowa brutto za 1 efektywny wynik wynosi: .....

(dopuszcza się podanie ceny jednostkowej do czterech miejsc po przecinku)

2. **Termin ważności przedmiotu zamówienia** (waga w ocenie ofert : 35 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. V ust. 4 SIWZ, w związku z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.2. SIWZ (kryterium nr 2).

Oferuję następujący termin ważności **AQUIOS TETRA 1 PANEL**

- **min.** \_\_\_\_\_ **miesiące** od daty dostawy do bezpośredniego odbiorcy.

Oferuję następujący termin ważności **AQUIOS LYSING REAGENT KIT**

- **min.** \_\_\_\_\_ **miesiące** od daty dostawy do bezpośredniego odbiorcy.

Oferuję następujący termin ważności **AQUIOS IMMUNO TROL CELLS**

- **min.** \_\_\_\_\_ **miesiące** od daty dostawy do bezpośredniego odbiorcy.

Oferuję następujący termin ważności **AQUIOS IMMUNO TROL LOW CELLS**

- **min.** \_\_\_\_\_ **miesiące** od daty dostawy do bezpośredniego odbiorcy.

3. **Wykonywanie zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych** (waga w ocenie ofert: 5 pkt w łącznej punktacji) - zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. (kryterium nr 3):

#### IV. POTWIERDZENIE SPEŁNIENIA WYMOGÓW SIWZ DOTYCZĄCYCH PRZEDMIOTU ZAMÓWIENIA I OBOWIĄZKÓW WYKONAWCY

1. **Terminy, wielkość i warunki dostawy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 1 i 2 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję terminy, wielkości i warunki dostaw określone w rozdz. V pkt 1 i 2 SIWZ.

2. **Warunki płatności** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 4 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam i akceptuję warunki płatności określone w rozdz. V pkt 4 SIWZ.

3. **Sposób kalkulacji ceny** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 5 SIWZ]:

Niniejszym potwierdzam sposób kalkulacji ceny przedmiotu zamówienia zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 5 SIWZ.

4. **Obowiązki wykonawcy** [Zgodnie z rozdziałem V pkt 6 SIWZ]:

Niniejszym przyjmuję do wiadomości i wyrażam zgodę na obowiązki Wykonawcy zgodnie z wymogami określonymi w rozdziale V pkt 6 SIWZ.

#### V. WPLATA WADIUM

[ Zgodnie z rozdziałem II Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia ]

#### CZĘŚCI: 1-6

1. **Forma, w jakiej zostało wniesione wadium:**

..... zał. nr .....

2. **Numer konta, na jakie Zamawiający dokonuje zwrotu wadium:**

.....

( wypełnia się w przypadku wniesienia wadium w pieniądzu )

**VI. OŚWIADCZAM, ŻE ZAPOZNAŁEM SIĘ ZE SPECYFIKACJĄ ISTOTNYCH WARUNKÓW ZAMÓWIENIA I POTWIERDZAM SPEŁNIENIE WSZYSTKICH ZAWARTYCH W NIEJ WYMOGÓW**

**VII. POTWIERDZAM PRZYJĘCIE DO WIADOMOŚCI ORAZ WYRAŻAM ZGODĘ NA WARUNKI I USTALENIA, KTÓRE BĘDĄ WPROWADZONE DO UMOWY**

[Zgodnie z załącznikiem do Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

1. W przypadku wyboru mojej oferty zobowiązuje się do wniesienia najpóźniej w dniu zawarcia umowy zabezpieczenia należytego wykonania zamówienia w wysokości określonej w SIWZ w formie: .....
2. Osoba upoważniona do kontaktów z Zamawiającym w sprawie realizacji zamówienia ....., nr tel. ...., adres poczty elektronicznej: ....., nr faksu, na który winny zostać przesyłane zapotrzebowania.....
3. W przypadku wyboru mojej oferty, informuję, że płatności za wykonanie przedmiotu zamówienia, winny być dokonywane na rachunek bankowy nr: .....
4. Dostarczymy przedmiot zamówienia do magazynu depozytowego Wykonawcy pod adresem: .....(część 1-5)

**VIII. CZĘŚCI ZAMÓWIENIA, KTÓRYCH WYKONANIE WYKONAWCA ZAMIERZA POWIERZYĆ PODWYKONAWCOM ORAZ NAZWY (FIRMY) PODWYKONAWCÓW**

[zgodnie z art. 36b ustawy P.z.p. / Patrz rozdział V pkt 8 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Jeśli **TAK** należy wypełnić

.....

**IX. INFORMACJE STANOWIĄCE TAJEMNICĘ PRZEDSIĘBIORSTWA W ROZUMIENIU PRZEPISÓW O ZWALCZANIU NIEUCZLIWEJ KONKURENCJI**

[Patrz rozdział I pkt 23 Specyfikacji Istotnych Warunków Zamówienia]

**TAK / NIE \***

*\*niepotrzebne skreślić*

Określenie stron oferty, na której znajduje się tajemnica przedsiębiorstwa

.....

Wskazanie sposobu zabezpieczenia (np. złożenie w osobnej kopercie)

.....

i określenie czego dotyczy :

.....

Wykazanie, iż zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa :

.....

**X. POTWIERDZENIE ZGODNOŚCI ZAŁĄCZONYCH KOPII Z ORYGINAŁAMI**

Niniejszym oświadczam, iż wszystkie załączone do oferty kopie dokumentów są zgodne z oryginałem.

**Ponadto oświadczamy, że:**

- dostarczony przedmiot zamówienia będzie spełniał wszystkie wymagania zawarte w SIWZ,
- jesteśmy związani ofertą przez okres 90 dni od upływu terminu składania ofert,

- w przypadku, gdy nasza oferta zostanie uznana za najkorzystniejszą, podpiszemy umowę w terminie i miejscu wskazanym przez Zamawiającego.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczęć imienna osoby upoważnionej  
do reprezentowania firmy*

LP.	WYKAZ ZAŁĄCZNIKÓW DO OFERTY	STRONA OFERTY
1.	Oświadczenie wykonawcy potwierdzające brak podstaw do wykluczenia z postępowania	
2.	Kopia certyfikatu CE wg wymagań dyrektywy 98/79/EC lub kopia deklaracji zgodności	
3.	Oświadczenie wykonawcy dotyczące wykonywania zamówienia przy udziale osób niepełnosprawnych	
...		
...		

Oferta wraz z załącznikami zawiera łącznie \_\_\_\_\_ ponumerowanych stron.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_ r.

*podpis i pieczęć imienna  
osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*

**ZAŁĄCZNIK NR 1 DO OFERTY**POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 173/17**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA NA ZAKUP:

ZAKUP WYROBÓW MEDYCZNYCH DO DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJCZEŚĆ 1-6, Z DOSTAWĄ DO MAGAZYNU DEPOZYTOWEGO CZEŚCI 1÷5

Pieczeń ubiegającego się o zamówienie

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY****POTWIERDZAJĄCE BRAK PODSTAW DO WYKLUCZENIA Z POSTĘPOWANIA****- zgodnie z rozdz. IV ust. 1 pkt 1.6.,1.7.,1.8. SIWZ**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: \_\_\_\_\_

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy nie orzeczono tytułem środka zapobiegawczego zakazu ubiegania się o zamówienie publiczne.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

*\_\_\_\_\_*  
*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że ww. wykonawca/ firma w rozumieniu ustawy z dnia 12 stycznia 1991 r. o podatkach i opłatach lokalnych nie zalega z opłacaniem podatków i opłat lokalnych.

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

*\_\_\_\_\_*  
*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*

oświadczam, że wobec ww. wykonawcy/ firmy:

- nie wydano prawomocnego wyroku sądu lub ostatecznej decyzji administracyjnej o zaleganiu z uiszczaniem podatków, opłat lub składek na ubezpieczenia społeczne lub zdrowotne\*
- wydano wyrok lub decyzję\*

Jeśli tak: Wykonawca zobowiązany jest do przedstawienia dokumentów potwierdzających dokonanie płatności tych należności wraz z ewentualnymi odsetkami lub grzywnami lub informacja o zawarciu wiążącego porozumienia w sprawie spłat tych należności.

*\*niepotrzebne skreślić*

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

*\_\_\_\_\_*  
*podpis i pieczęćka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy*  
*lub podpis osoby fizycznej*

**ZAŁĄCZNIK NR 2 DO OFERTY**

POSTĘPOWANIE ZNAK: **ZZP- 173/17**

PROWADZONE W TRYBIE PRZETARGU NIEOGRANICZONEGO PRZEZ

ZAKŁAD ZAMÓWIEŃ PUBLICZNYCH PRZY MINISTRZE ZDROWIA W SPRAWIE:

ZAKUP WYROBÓW MEDYCZNYCH DO DIAGNOSTYKI MOLEKULARNEJ

CZEŚĆ 1-6, Z DOSTAWĄ DO MAGAZYNU DEPOZYTOWEGO CZEŚCI 1÷5

*Pieczęć ubiegającego się o zamówienie*

**OŚWIADCZENIE WYKONAWCY**

**DOTYCZĄCE WYKONYWANIA ZAMÓWIENIA PRZY UDZIALE OSÓB NIEPEŁNOSPRAWNYCH**

**- do oceny ofert na podstawie kryterium nr 3, zgodnie z rozdz. VI ust. 2 pkt 2.3. SIWZ**

Ja niżej podpisany [imię nazwisko]: \_\_\_\_\_

reprezentując firmę [o ile dotyczy]: \_\_\_\_\_

oświadczam, że przy realizacji przez Wykonawcę zamówienia czynności będą wykonywane przez co najmniej jedną osobę posiadającą orzeczenie ustalające stopień niepełnosprawności w rozumieniu ustawy o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych z dnia 27 sierpnia 1997r. tekst jednolity z dnia 14 listopada 2016r. (Dz. U. z 2016r. poz. 2046 z późn. zm).

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka imienna osoby upoważnionej do reprezentowania firmy  
lub podpis osoby fizycznej*