

Program EQAhem Zamówienie na rok 2019

Data:

Numer laboratorium (kod) w
Programie EQAhem

Nazwa
i adres
laboratorium

Proszę o przeprowadzenie sprawdzianu i ocenę jakości badań laboratoryjnych w Programie EQAhem w 2019 roku. Przez niniejsze zamówienie - Zamawiający zleca a SOWA-med Sp. z o.o. zobowiązuje się do wykonania sprawdzianu i oceny jakości badań laboratoryjnych zgodnie ze specyfikacją, w zamian za wynagrodzenie zgodne z cennikiem podanym na formularzu zamówienia.

<input type="checkbox"/>	Ocena mikroskopowa rozmazu SZPIKU KOSTNEGO 1 rozmaz szpiku + 1 rozmaz krwi, luty 2019. koszt sprawdzianu: 420,00 PLN netto Zamówienia na tę kontrolę należy składać do 10 stycznia 2019r.
<input type="checkbox"/>	Ocena mikroskopowa rozmazu KRWI OBWODOWEJ 2 rozmazy, październik 2019, koszt sprawdzianu: 250 PLN netto Zamówienia na ten termin należy składać do 15 września 2019r.

Łączna wartość
zamówienia

LABORATORIUM

Adres laboratorium, na który
będą wysyłane próbki

Kierownik laboratorium

Osoba dokonująca oceny

tel.

e-mail:

fax.

ZAMAWIAJĄCY

Dokładny adres jednostki,
na który należy kierować faktury
za sprawdziany
oraz numer NIP
(podpis oraz pieczęćka)

Dyrektor

Główny Księgowy

Przyjmujący zlecenie
(SOWA-med Sp. z o.o.)

Zmiany w zamówieniu oraz anulowanie zamówienia prosimy dokonywać najpóźniej na 30 dni przed pierwszym dniem miesiąca, w którym rozesłane mają być preparaty.
Do cen należy doliczyć 23% podatku VAT.