

## **Program EQAgen Zamówienie na rok 2024**

Data:

Nazwa  
i adres  
laboratorium

Proszę o przeprowadzenie sprawdzianu i ocenę jakości badań laboratoryjnych w Programie EQAgen w 2024 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.

### **Cytogenetyka klasyczna - badania postnatalne**

Termin rozpoczęcia sprawdzianu - wrzesień 2024.

Koszt - **1700,00 PLN netto** (do cen należy doliczyć VAT 23%).

Zamówienia należy składać do 31 lipca 2024.

#### **LABORATORIUM**

Adres laboratorium, na który  
będą wysyłane próbki

**Kierownik laboratorium**

**Osoba odpowiedzialna**

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.)**