

FORMULARZ OFERTY

I. Dane o Przyjmującym zamówienie:

1. Pełna nazwa przyjmującego zamówienie:

.....
.....

Adres: ulica nr

Kod pocztowy: Miejscowość:

Telefon nr: Fax nr:

E-mail:

2. Numer w Krajowym Rejestrze Sądowym lub data zarejestrowania działalności gospodarczej do CEIDG prowadzonego przez:

.....

3. NIP

4. REGON

5. Osoba/y upoważniona/e do reprezentowania Przyjmującego zamówienie:

.....

6. Osoba/y upoważniona/e do podpisania umowy:

.....

7. Osoba/y odpowiedzialna/e za realizację świadczeń zdrowotnych oraz numer telefonu kontaktowego:

.....

.....

II. Proponowana oferta:

Deklarowane zadanie/a	Zadanie 1: EMG	Zadanie 2: EEG
Liczba dni sporządzenia opisu badania licząc od momentu jego zlecenia
Liczba dni w tygodniu dostępności w celu wykonania badań	-
Całkowita wartość brutto oferty (wg Formularza ofertowo-cenowego) zł zł

