

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. Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

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

.....

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

.....

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

.....

.....

II. Proponowana oferta:

	Zadanie 1 Badania diagnostyczne tomografii komputerowej	Zadanie 2 Badania diagnostyczne rezonansu magnetycznego	Zadanie 3 Badania endoskopowe	Zadanie 4 Badania spirometrii
Maksymalna liczba dni sporządzenia wyniku badania*	.....	.....	.....	.....
Odległość miejsca wykonywania świadczeń zdrowotnych od Udzielającego zamówienia	..... km	..... km	..... km	..... km
Wartość brutto oferty (zgodnie z Formularzem ofertowo-cenowym)	..... zł	..... zł	..... zł	..... zł

* W przypadku zadeklarowania sporządzenia wyniku w dniu przeprowadzenia badania, należy wpisać 1

