

## 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	Geriatrya / Choroby wewnętrzne *
Dodatkowe specjalizacje	..... ..... ..... .....
Cena jednostkowa brutto za 1 godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	..... zł

