

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:

Zakres:	Liczba dni oczekiwania na realizację świadczenia zdrowotnego	Odległość miejsca wykonywania świadczeń od Udzielającego zamówienie	Wartość brutto oferty (zgodnie z Formularzem ofertowo-cenowym)
Zadanie 1: świadczenia zdrowotne z zakresu okulistyki km zł
Zadanie 2: świadczenia zdrowotne z zakresu urologii km zł
Zadanie 3: świadczenia zdrowotne z zakresu kardiologii km zł
Zadanie 4: świadczenia zdrowotne z zakresu ginekologii km zł

