***Załącznik Nr 1***

**FORMULARZ OFERTOWY**

**Konkurs ofert na wybór Brokera ubezpieczeniowego**

**dla Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka   
- Centrum Medycyny Ratunkowej**

1. Nazwa Oferenta: …………………………………………………………………….
2. Adres Oferenta:……………………………………………………………..………
3. Numer NIP: ………………………………………………
4. Numer REGON: …………………………………………
5. Numer zezwolenia na prowadzenie działalności brokerskiej: ……………………………
6. Numer tel./ fax: ……………………………………………
7. Adres e-mail: …………………………………………….
8. Imię i nazwisko osoby upoważnionej do reprezentowania Oferenta

*(jeżeli prawo do reprezentacji nie wynika z załączonych dokumentów, do oferty należy dołączyć pełnomocnictwo)*

…………………………………………………………………………………………...

1. Oferta została złożona na …….… zapisanych stronach, podpisanych i kolejno ponumerowanych.
2. Niniejszym informuję, że informacje składające się na Ofertę, zawarte na stronach od.................... do ……………….. stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji i jako takie nie mogą być ogólno dostępne. Jednocześnie wykazuję, przedkładając na stronach od….… do …….. dokumenty potwierdzające, że zastrzeżone informacje stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa.

……………………………… ……………………………………

(miejscowość, data) (podpis i pieczęć Oferenta)