

FORMULARZ OFERTOWY

Nawiązując do Ogłoszenia o konkursie ofert na udzielanie świadczeń zdrowotnych na rzecz Dolnośląskiego Szpitala Specjalistycznego im. T. Marciniaka - Centrum Medycyny Ratunkowej, składam niniejszą ofertę na:

.....

DANE O OFERENCIE:

Pełna nazwa Oferenta:

.....

Siedziba Oferenta:

.....

Telefon kontaktowy fax

NIP:

REGON:

Nr wpisu do właściwego rejestru oraz oznaczenie organu dokonującego wpisu:

.....

Nazwa banku Oferenta:

Nr konta bankowego Oferenta:

1. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
2. Uważam się związany/-a złożoną ofertą przez okres 60 dni.
3. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty oraz oświadczenia, jako załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej
do reprezentowania Oferenta)

.....
miejsowość i data

