**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 wpis:

……..…………………………..……….……………………………………..……………………

Nazwa banku Oferenta: ..................................................

# Nr konta bankowego Oferenta: ..................................................

1. Wartość procentowa ceny osobodnia: ………………………
2. Oświadczam, że zapoznałem/-am się z treścią Ogłoszenia o konkursie ofert, Szczegółowymi Warunkami Konkursu Ofert oraz projektem umowy i nie wnoszę do nich zastrzeżeń.
3. Uważam się związany/-a złożoną ofertą przez okres 60 dni.
4. Do niniejszej oferty załączam wymagane w Szczegółowych Warunkach Konkursu Ofert dokumenty oraz oświadczenia, jako załączniki:
5. .............................................................................................
6. ...............................................................................................
7. ...............................................................................................
8. ...............................................................................................

………………………………………………………………….

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej
do reprezentowania Oferenta)

…………………………………………..

 miejscowość i data